

200 15 10 IV  
LOU/BOC/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 15. April 2016**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiberin Bossert

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. November 2014



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1975 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 10. Juli 2009 unter Hinweis auf Hüft- und Halswirbelsäulenbeschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an, dies nach im Juni 2009 erfolgter Anmeldung zur Früherfassung (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1, 5). Die IVB gewährte Arbeitsvermittlung (AB 9) und nahm erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor (AB 11 f., 16). Weiter wurde vom 2. bis 27. November 2009 in der Abklärungsstelle C. \_\_\_\_\_ eine Arbeitsmarktlich-Medizinische Abklärung (AMA) durchgeführt (AB 20 - 22). Am 5. Oktober 2010 berichtete die Hausärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, von einer gesundheitlichen Verschlechterung und attestierte ab dem 1. Oktober 2010 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit (AB 38). Im Februar 2011 wechselte die Versicherte ihren Wohnsitz innerhalb des Kantons Bern von ... nach ... (AB 60/9, 89/7 f.). Zwecks Prüfung einer Umschulung wurde im April/Mai 2011 ein IIZ Assessment durchgeführt (AB 45, 49). Gestützt auf Erhebungen vom 13. März 2012 erstellte der Abklärungsdienst der IVB am 20. April 2012 einen Abklärungsbericht Haushalt (AB 60), in welchem die Invaliditätsbemessung nicht abschliessend vorgenommen werden konnte, da der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der IVB eine polydisziplinäre Begutachtung empfahl (AB 59/3). Die IVB teilte der Versicherten am 21. Mai 2012 mit, berufliche Massnahmen könnten zurzeit nicht durchgeführt werden (AB 65). Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS – inklusive der entsprechenden Fachgutachten – wurde am 17. Dezember 2012 erstattet (AB 80.1 - 80.6).

Da die Versicherte per Anfang Juni 2012 ihren Wohnsitz in den Kanton ... verlegt hatte (AB 60/13), erstellte der Abklärungsdienst der IV-Stelle ... gestützt auf Erhebungen vom 6. Februar 2013 am 8. Februar 2013 einen Abklärungsbericht Haushalt (AB 81). Im September/Oktober 2013 gingen bei der IVB weitere medizinische Berichte ein (AB 83, 86 f.) und am 17. Febru-

ar 2014 (AB 89) ergänzte der Abklärungsdienst der IVB den Abklärungsbericht vom 20. April 2012.

Mit Vorbescheid vom 14. April 2014 (AB 91) stellte die IVB ab dem 1. August 2011 den Anspruch auf eine ganze Rente befristet bis 30. November 2012 in Aussicht, was sie nach erfolgtem Einwand (AB 94) mit Vorbescheid vom 1. September 2014 (AB 97) dahingehend korrigierte, als sie den Anspruch auf eine ganze Rente ab dem 1. Oktober 2010 befristet bis 30. November 2012 in Aussicht stellte. Dabei nahm sie die Invaliditätsbemessung per März 2010 nach der gemischten Methode bei einem Status 70 % Erwerb und 30 % Haushalt vor und ermittelte einen gewichteten Gesamtinvaliditätsgrad von 32 %. Nach der gesundheitlichen Verschlechterung im Oktober 2010 resultierte – nach wie vor gemäss der gemischten Methode – ein gewichteter Invaliditätsgrad von 75 %. Ab August 2011 ging die IVB für den Gesundheitsfall von einer vollen Erwerbstätigkeit aus und ermittelte per August 2012 (Zeitpunkt der letzten gutachterlichen Untersuchung) mittels Einkommensvergleich einen Invaliditätsgrad von 37 %. Nach Durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Eingang zusätzlicher medizinischer Unterlagen verfügte die IVB wie vorbescheidweise angekündigt (AB 98 - 100).

## **B.**

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 5. Januar 2015 Beschwerde. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei insoweit aufzuheben bzw. abzuändern, als die zugesprochene ganze Invalidenrente erst ab Oktober 2010 zugesprochen und bis zum 30. November 2012 befristet werde, und es sei stattdessen ab März 2010 eine unbefristete Rente zuzusprechen. Eventuell seien zuvor eine erneute ganzheitliche medizinische Begutachtung und eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit sowie weitere berufliche Abklärungen (BE-FAS/EFL) durchzuführen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 7. Januar 2015 beschränkte der Instruktionsrichter das Verfahren auf die Prüfung der Rechtzeitigkeit der Beschwerde und ersuchte die Verwaltung, ein Nachforschungsbegehren der

Post einzureichen, woraus ersichtlich werde, an welchem Tag die angefochtene Verfügung der Beschwerdeführerin zugestellt worden sei.

Die Beschwerdegegnerin teilte am 12. Januar 2015 mit, die Verfügung vom 14. November 2014 sei nicht mit eingeschriebener Post versandt worden, so dass nicht nachweisbar sei, wann die Beschwerdeführerin die Sendung erhalten habe. Folglich sei auf die Ausführungen der Beschwerdeführerin abzustellen, weshalb die Beschwerde als rechtzeitig eingereicht zu gelten habe.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. Februar 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 11. April 2016 ersuchte der Instrukti-  
onsrichter den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin um Einreichung der  
Vollmacht. Diese ging am 13. April 2016 beim Gericht ein.

## **Erwägungen:**

### **1.**

#### **1.1**

**1.1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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).

**1.1.2** Zur örtlichen Zuständigkeit ist festzuhalten, dass gemäss Art. 40 Abs. 1 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) zur Entgegennahme und Prüfung der IV-Anmeldung jene IV-Stelle zuständig ist, in deren Tätigkeitsgebiet die Versicherten ihren Wohnsitz haben. Im Zeitpunkt des Leistungsgesuches im Jahr 2009 lag der massgebliche zivilrechtliche Wohnsitz der Beschwerdeführerin noch im Kanton Bern (AB 1, 5). Da die einmal begründete Zuständigkeit der IV-Stelle analog des prozessualen Grundsatzes der sogenannten perpetuatio fori erhalten bleibt (Art. 40 Abs. 3 IVV), ist der spätere Wohnsitzwechsel der Beschwerdeführerin im Jahr 2012 in den Kanton ... (AB 60/13) unbeachtlich und die Beschwerdegegnerin war zuständig zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung; damit ist auch die örtliche Zuständigkeit des hier angerufenen Gerichts gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]).

**1.1.3** Hinsichtlich der Einhaltung der Beschwerdefrist (Art. 60 ATSG) ist zu berücksichtigen, dass für die Tatsache und den Zeitpunkt der Zustellung die Behörde, welche die Verfügung erlässt, den Zustellungsbeweis trägt, währenddem der beschwerdeführenden Person der Nachweis für die rechtzeitige Einreichung der Beschwerde obliegt. Wird die Tatsache oder das Datum der Zustellung uneingeschriebener Sendungen bestritten, muss daher im Zweifel auf die Darstellung des Empfängers abgestellt werden (BGE 103 V 63 E. 2a S. 66; ARV 2000 S. 121 E. 1b; SVR 2011 IV Nr. 32 S. 94 E. 4.1). Mit Blick auf den Umstand, dass die vorliegend angefochtene Verfügung mit uneingeschriebener Post versandt wurde (Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 12. Januar 2015 [im Gerichtsossier]), ist gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 2) von der Verfügungszustellung am 19. November 2014 auszugehen, so dass mit der am 5. Januar 2015 erfolgten Postaufgabe der Beschwerde die Beschwerdefrist unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes gewahrt wurde (Art. 60 i.V.m. Art. 38 ATSG).

**1.1.4** Da auch die Bestimmungen über die Form der Beschwerde (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die

Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf diese einzutreten.

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 14. November 2014 (AB 103). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.

**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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbe-

reich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

**2.4** Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode (Art. 16 ATSG sowie Art. 28a Abs. 2 und 3 IVG). Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt –, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20, 125 V 146 E. 2c S. 150). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 508).

**2.5** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 5 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; BGE 141 V 15 E. 3.2 S. 20, 125 V 146 E. 2a S. 149).

**2.6** Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 141 V 15 E. 3.2 S. 20, 125 V 146 E. 2a S. 150).

**2.7** Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

**2.7.1** 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 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

**2.7.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

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

**2.9** 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 Kennt-

nis 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**2.10** Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63).

### **3.**

**3.1** Nach der Rechtsprechung sind bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a Abs. 1 IVV) analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 5. Mai

2011, 9C\_996/2010 / 9C\_1005/2010, E. 8, und vom 16. Juni 2009, 8C\_87/2009, E. 2.2). Es gilt was folgt:

**3.2** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

**3.3** Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGer 8C\_87/2009, E. 2.2).

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 andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV).

#### 4.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**4.1** Die Hausärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 6. September 2009 (AB 16/2 f.) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

- Chronisches zervikales, eher links betontes abstrahlendes Schmerzsyndrom bei Blockwirbelbildung C6/7 mit Discopathie und Bandscheibenprotrusion C5/6
- Hüftgelenksproblematik links betont bei Status nach arthroskopischem Débridement Februar 2008 und heute erneut Labrumläsion

Dr. med. D. \_\_\_\_\_ gab an, es bestehe ein Status nach Hüftarthroskopie im Februar 2008 wegen eines femoroazetabulären Impingements. Wegen persistierenden Schmerzen im Dezember 2008 sei erneut ein MRI durchgeführt worden, das einen persistierenden Labrumriss superior, ausgedehnte Narbenbildungen sowie eine relativ ausgedehnte Knorpelschädigung im anterioren Pfannenrand gezeigt habe. Die Beschwerdeführerin habe gleichwohl bis zum 19. März 2009 weiter gearbeitet. Damals habe sie sich mit einem Schmerzsyndrom C5/6 vorgestellt. Eine Infiltration durch PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sei erfolgt, mit wechselnder Besserung. Die Beschwerdeführerin sei nach wie vor deutlich eingeschränkt sowohl durch den Rücken wie durch das Heben des Armes links. Gleichzeitig bestünden zunehmend Schmerzen im Bereich der linken Hüfte. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ attestierte ab dem 19. März 2009 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit, welche andauere, und hielt fest, die Beschwerdeführerin könne nicht länger vornüber gebeugt stehen. Das Heben von Lasten grösser als fünf Kilogramm und das Tragen von Lasten sowie längeres Sitzen seien für sie ungünstig, bezüglich der Hüfte aber auch längeres Stehen. Die jetzige Arbeit bei der F. \_\_\_\_\_ sei nicht mehr durchführbar. In einer anderen Tätigkeit den Behinderungen angepasst, könnte sie eingegliedert werden, sicher zu 50 %, eventuell mehr.

**4.2** Im Abklärungsbericht AMA vom 10. Dezember 2009 (AB 22) führte der RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medi-

zin FMH, die folgenden (Haupt-)Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (AB 22/7 f.):

- Chronisch rezidivierendes zervikales Schmerzsyndrom bei kongenitalem Blockwirbel C6/7 und degenerativen Veränderungen (Osteochondrosen, Uncarthrosen) in den zervikalen Segmenten C5/6 und C4/5
- Femoroazetabuläres Impingement (hauptsächlich vom CAM-Typ) des linken Hüftgelenks
- Hüftbeschwerden auch rechts (Abklärung vorgesehen)

Dr. med. G. \_\_\_\_\_ gab an, die vorliegende Affektion der Halswirbelsäule führe zu funktionellen Einschränkungen in Bezug auf die Fähigkeit, häufig Lasten ohne Hilfsmittel zu heben und zu tragen, in Bezug auf Überkopfarbeiten, längeres Verharren in gezwungener Kopfhaltung, insbesondere wenn vornüber geneigt, in Bezug auf Arbeiten, die ein ausreichend grosses Gesichtsfeld erforderten sowie in Bezug auf Einfluss von Kälte, Nässe und Zugluft. Im Allgemeinen erweise sich eine eher wechselbelastende Tätigkeit als günstig. Bezüglich der Hüftproblematik gab Dr. med. G. \_\_\_\_\_ an, zur Vermeidung überlastungsbedingter Beschwerden sollten hüftgelenksstrapazierende Bewegungsmuster ausgeschlossen werden. Daher seien keine schweren sowie keine ausschliesslich mittelschweren körperlichen Tätigkeiten mehr zumutbar, kein Heben und Tragen bzw. Bewegen von Lasten über 10 – 15 kg, kein Arbeiten in Hock- oder Bückstellung bzw. in kniender Körperhaltung, keine Tätigkeiten in Vorbeugehaltung des Oberkörpers, keine Arbeiten auf unebenem Gelände, kein Besteigen von Leitern und Gerüsten, kein häufiges Treppensteigen, keine ausschliessliche Steh- und Gehbelastung, keine Arbeiten unter Kälte-, Nässe- und Zuglufteinfluss. Die Gehstrecke könne eingeschränkt sein: Eine Einschränkung der Gehstrecke könne vor allem für die Zukunft möglich sein, da, zumindest auf der linken Seite jetzt nachgewiesen, eine Präarthrose vorliege. Bezüglich Pensum und Leistung hielt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ fest, den erlernten Beruf der ... könne die Beschwerdeführerin nicht mehr ausüben. Eine angepasste Tätigkeit entsprechend dem oben formulierten medizinischen Zumutbarkeitsprofil könne die Beschwerdeführerin bei einem vollen Arbeitspensum ausüben. Dabei sei eine gewisse Leistungseinschränkung aufgrund der funktionellen Einschränkungen von Seiten der Halswirbelsäule und des linken Hüftgelenks zu erwarten. Diese sei auf maximal 30 % zu veranschlagen.

**4.3** Am 5. Januar 2010 hielt der RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ fest (AB 25/3), erwartungsgemäss habe die kürzliche Abklärung auch auf der rechten Seite eine Hüftimpingement ergeben (das Hüftimpingement als anlagemässige Störung trete meistens beidseitig in Erscheinung). Das im Abklärungsbericht AMA der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2009 auf den Seiten 7 und 8 aufgeführte medizinische Zumutbarkeitsprofil berücksichtige bereits die beidseitigen Hüftbeschwerden bzw. die beidseitige verminderte Belastbarkeit der Hüftgelenke.

**4.4** Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hielt im Überweisungsschreiben an PD Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2010 (AB 38) fest, neu sei nun eine rechts paramediane Diskushernie C4/C5 mit möglicher Kompression des hohen Abgangs der Nervenwurzel C6 rechts aufgetreten und es stelle sich die Frage, ob nicht doch eine Stabilisierung notwendig sei. Wegen akut zunehmenden Schmerzen, zurzeit noch ohne Lähmungserscheinungen, habe sie die Beschwerdeführerin ab dem 1. Oktober 2010 wiederum zu 100 % arbeitsunfähig erklären müssen.

**4.5** Im Bericht vom 8. März 2011 (AB 50/2 f.) gab Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH die folgende Diagnose an:

- Zervikalsyndrom bei Blockwirbelbildung HWK6/7 und Diskusprotrusion HWK5/6
  - Neurostatus: Normalbefunde
  - Tibialis-SSEP: Normalbefund, im Vergleich zur Voruntersuchung vom 12. August 2009 unverändert.

Dr. med. H.\_\_\_\_\_ hielt fest, zwischenzeitlich sei es zu einer krisenhaften Zunahme von Nackenschmerzen mit Abstrahlungen sowohl in den rechten als auch in den linken Arm gekommen. Diese Schmerzen seien insbesondere im Oktober/November (2010) sehr ausgeprägt gewesen und bei der MR-Verlaufskontrolle habe sich auch eine Zunahme der Diskopathie gezeigt. Zwischenzeitlich sei es erneut zu einer Verbesserung unter fortgesetzter Physiotherapie ohne brachialgieforme Schmerzkomponente gekommen und es habe auch zwischenzeitlich eine Besserung der Krämpfe in den unteren Extremitäten stattgefunden. Auch Paresen beständen in den Armen nicht mehr. Die Beschwerdeführerin beklage im Zusammenhang mit Schmerzen rechtsbetont eine Schwäche auch proximal der Arm-

hebung. Persistierende Sensibilitätsstörungen beständen nicht, gelegentlich jedoch beim Tragen von Taschen ein Einschlafen der rechten oder linken Hand von variabler Ausprägung. Bei der klinisch-neurologischen und elektrophysiologischen Untersuchung (Tibialis-SSEP) fänden sich nach wie vor keine Hinweise für eine relevante cervicale Myelopathie. Die von der Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen seien im Zusammenhang mit der Diskopathie und Blockwirbelbildung sicher erklärbar.

**4.6** Am 30. Mai 2011 berichtete Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (AB 50/1), der Gesundheitszustand verschlechtere sich eher, vorallem cervical Zunahme der Beschwerden mit neu aufgetretener Bandscheibenhernierung C4/5 rechts. Im Bereich der rechten Hüfte nun auch Labrumläsion und Impingementsymptomatik. Die Beschwerdeführerin habe bisher versucht, eine geeignete Arbeit eventuell für eine Umschulung zu eruieren, was ihr nicht gelungen sei. Die cervikale Problematik stehe im Vordergrund aber auch das Heben und Tragen von Lasten sei ihr unmöglich. Eine Vorstellung beim RAV sei diesbezüglich deshalb nicht erfolgreich gewesen, so dass sie die Beschwerdeführerin wieder zu 100 % habe arbeitsunfähig schreiben müssen.

**4.7** PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ gab im Bericht vom 26. Juni 2011 (AB 56/1 - 6) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an:

- Chronisches zervikales und zurzeit eher rechts betont abstrahlendes Schmerzsyndrom bei
  - Blockwirbelbildung C6/7 mit Discopathie und Bandscheibenprotrusion breitbasig C5/6 sowie
  - Bandscheibenhernierung C4/5 recht (neu aufgetreten)
- Bekannte Hüftgelenksproblematik links betont, St. n. arthroskopischem Débridement Februar 2008
- St. n. foraminale Infiltration C5/6 links vom 24. Juni 2009

PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt fest, seit 2009 beständen Nacken- und eher rechtsseitige Armschmerzen. Am 24. Juni 2009 sei eine Infiltration C5/6 mit kurzzeitiger Besserung durchgeführt worden. Dann sei es im Verlaufe von 2010 eher zu einer Verschlechterung der Beschwerden mit Belastungs- und Ruheschmerzen und zeitweiligen Dysästhesien gekommen. Dann sei radiologisch die Diagnosestellung der Problematik C5/6 und C6/7 sowie

Stellung der Indikation für eine Versteifungsoperation erfolgt. Dies auch laut Zweitmeinung von Prof. J.\_\_\_\_\_. Man habe eine konservative Therapie mit Physiotherapie eingeleitet, was eine leichte Besserung gebracht habe, welche aktuell anhaltend sei. Die körperliche Belastbarkeit sei eingeschränkt aufgrund von Nacken- und Armschmerzen, welche sich bei der Arbeit einschränkend auswirkten. Angaben zur bisherigen Tätigkeit fehlten. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit bezüglich körperlicher Arbeit. Ein schrittweiser Wiedereinstieg ins Arbeitsleben sei möglich bei wechselnd belastender Tätigkeit. Dies sei aber im Herbst 2011 erneut zu evaluieren.

**4.8** Das MEDAS-Gutachten vom 17. Dezember 2012 (AB 80.1) basiert auf Fachgutachten in den Bereichen Rheumatologie (AB 80.3), Neurologie (AB 80.4), Psychiatrie (AB 80.5) und Neuropsychologie (AB 80.6) sowie auf einer internistischen Untersuchung (AB 80.1/17). Die Gutachter führten die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf (AB 80.1/26):

1. Cervicocephales Schmerzsyndrom mit intermittierender Brachialgie rechts (ICD-10: M53.0)
  - aktuell ohne radikuläres, sensibles oder motorisches Ausfallsyndrom
  - Blockwirbelbildung C6/7, rechtsparamediane Diskushernie C4/5, mögliche Kompression C6 rechts, Osteochondrose und fortgeschrittene Unkarthrosen C5/6, weniger auch C4/5 mit neuroforaminaler Einengung
  - aktenkundig keine Instabilität
  - myotendinotische Begleitkomponente, Haltungsinsuffizienz
2. Femoroacetabuläres Impingement links mit Coxarthrose (ICD-10: M24.95)
  - St. n. arthroskopischer partieller antero-inferiorer Labrumentfernung 02/2008
3. Migräne ohne Aura (ICD-10: G43.0)
  - mögliche analgetikainduzierte Kopfschmerzkomponente (ICD-10: G44.4)

In der Gesamtbeurteilung gaben die Gutachter an (AB 80.1/29 ff.), die bisherige und die erlernte Tätigkeit als ... sei der Beschwerdeführerin aufgrund des zervikozephalen Schmerzsyndroms und des Impingements mit Coxarthrose der linken Hüfte medizinisch nicht mehr möglich. Von körperlicher Seite seien leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Arbeit in Zwangshaltungen oder Überkopfarbeiten in einem Umfang von 80 % möglich mit einer maximalen Lastenhandhabung von 10 kg beidhändig. Monotone Arbeiten mit repetitivem Bewegungsmuster oder Tätigkeiten

in Zwangshaltungen mit Flexion im Hüftgelenk sollten vermieden werden. Aufgrund der erfassten kognitiven Leistungsfähigkeit sollte die Beschwerdeführerin eine eher praktische Tätigkeit mit geringen Anforderungen an die Lernfähigkeit und Rechenfertigkeiten ausüben. Falls eine Umschulung notwendig sein sollte, sei mit einer verlängerten Lernphase zu rechnen. Es könne möglicherweise – abhängig von der Art der kognitiven Anforderungen – zu einer leichten Einbusse aufgrund von Aufmerksamkeitsschwankungen kommen, falls die Beschwerdeführerin kognitiv überfordert werden sollte. Bei kognitiv einfachen Arbeiten bestehe keine weitere Einbusse. In der neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchung habe die Diagnose eines ADHS nicht bestätigt werden können. Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit gaben die Gutachter an (AB 80.1/30), unter Berücksichtigung der erhobenen Anamnesen, Untersuchungsbefunde und medizinischen Vorgeschichte sei die Arbeitsunfähigkeit wie im Bericht vom 6. September 2009 (Dr. med. D. \_\_\_\_\_) aufgeführt, nachvollziehbar. Zum damaligen Zeitpunkt werde eine Arbeitsfähigkeit von zumindest 50 % für eine angepasste Verweistungstätigkeit beschrieben. Auch dies sei nachvollziehbar, allerdings sei es im weiteren Verlauf (beispielsweise Bericht vom 5. Oktober 2010) zu einer passageren Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Mit Bericht vom 8. März 2011 werde eine gesundheitliche Besserung beschrieben, im Arztbericht vom 3. Mai 2011 (richtig: 30. Mai 2011; AB 50/1) eine erneute Verschlechterung. PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ beschreibe im Bericht vom 26. Juni 2011 die Möglichkeit eines schrittweisen Wiedereinstiegs in das Arbeitsleben ab Herbst 2011, die Beschwerdeführerin habe ab 08/2011 eine Stelle als ... in einem Arbeitspensum von 20 % angenommen. Dieses Arbeitspensum erscheine ebenfalls adäquat. Ab dem Zeitpunkt des Gutachtens sei die Beschwerdeführerin im geschilderten Umfang für Verweistätigkeiten arbeitsfähig.

**4.9** Im Bericht vom 30. September 2013 (AB 87) hielt PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, das neue MRI zeige letztendlich ähnliche Befunde wie die Voraufnahme vom 2011. Man erkenne Diskopathien und Bandscheibenprotrusionen der Etagen C4/5 und C5/6 rechtsbetont, die Bandscheibenhöhen seien aber noch recht gut. Zusätzliche Pathologien im Vergleich zu den Voraufnahmen seien nicht zu erkennen. Insgesamt sei der MRI-Befund durchaus vergleichbar mit den Bildern von 2011, eine wesentliche Progre-

dienz sei nicht erkennbar. Auch die Beschwerden seien eigentlich recht ähnlich wie vor zwei Jahren, die teilweise Gefühlsstörung im Hinterkopfbereich links seien wohl nicht einem diskogenen Problem zuzuordnen.

**4.10** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 20. Oktober 2014 zum Verlauf seit 2012 fest (AB 100/1), 2013 sei die Beschwerdeführerin erneut wegen eines cervikobrachialen Schmerzsyndroms beidseits, vor allem rechts betont, durch PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ gesehen worden und es sei ein neues MRI durchgeführt worden. Es zeige, dass sich in der Zwischenzeit zwar keine wesentliche Progredienz eingestellt habe, aber auch keine Besserung der Situation. Die Beschwerden seien unverändert vorhanden und würden unter Belastung sofort verstärkt. Unter Belastung heisse vor allem repetitives Arbeiten über der Kopfhöhe, Tragen von Lasten, immer gleiche Stellung, z.B. im Sitzen oder im Stehen. Hier sei die Beschwerdeführerin auf eine wechselnde Stellung angewiesen. Gleichzeitig bestehe eine deutliche Einschränkung der Nasenatmung. Es sei im Juli eine Septumkorrektur bei rezidivierender Sinusitis durchgeführt worden. Postoperativ sei dann eine persistierende Rhinosinusitis aufgetreten, die durch regelmässige Behandlungen beim HNO-Arzt angegangen worden sei, schlussendlich seien ein Syndrom descendens und eine Tracheobronchitis aufgetreten, die längere Zeit Dalazin bedurft hätten.

## 5.

**5.1** In medizinischer Hinsicht stützt sich die Beschwerdegegnerin auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 17. Dezember 2012 (AB 80.1). Dieses enthält verschiedene Fachgutachten, welche Folgendes ergeben haben: Das rheumatologische Fachgutachten vom 16. August 2012 schliesst die bisherige Tätigkeit als ... aus, in angepasster körperlich leichter sowie intermittierend mittelschwerer Tätigkeit bestehe bei Einhaltung der umschriebenen Limiten eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit (AB 80.3/6 f.). Das neurologische Fachgutachten vom 24. August 2012 nennt eine mögliche Myelopathie und hält die bisherige Tätigkeit auch deswegen für nicht geeignet, Verweistätigkeiten seien zu 80 % zumutbar, die Einschränkung ergebe sich aus der episodischen Migräne mit Schmerzexazerbationen (AB

80.4/8). Das psychiatrische Fachgutachten vom 18. Juli 2012 erkennt keine relevanten Beeinträchtigungen (AB 80.6). Im neuropsychologischen Fachgutachten vom 12. Dezember 2012 resultiert nach eintägigen Tests die Diagnose einer Lernbehinderung (ICD-10: F81.9), wobei eher praktische Tätigkeiten empfohlen werden. Die im Jahr 2009 von Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, (AB 51/2 ff.) gestellte Diagnose eines ADHS wird nicht bestätigt (AB 80.6/13 ff.). In der Gesamtbeurteilung wird die erlernte Tätigkeit als ... als nicht mehr zumutbar erachtet, jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit attestiert (AB 80.1/29), wobei sich hier das Leistungsprofil mit den Erkenntnissen in der AMA (AB 22/8) deckt, dies ab dem Zeitpunkt der letzten gutachterlichen Untersuchungen im August 2012 (AB 80.1/3). Für die Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit zuvor stimmen die MEDAS-Gutachter den ausdrücklich aufgeführten medizinischen Berichten zu (AB 80.1/30 Ziff. 7.3), welche sich in den Akten verifizieren lassen (AB 16/2 f., 38, 50/1 - 3, 56/1 - 6).

Insgesamt erfüllt das MEDAS-Gutachten vom 17. Dezember 2012 (AB 80.1) die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen und deckt sich im Wesentlichen mit den ihm zugrunde liegenden Berichten. Das Gutachten ist voll beweiskräftig, da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet (vgl. E. 2.9 hiavor). Es kann darauf abgestellt werden.

**5.2** Daran vermögen die Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Der Einwand, wonach der rheumatologische Gutachter zu Unrecht zum Schluss gekommen sei, die Impingement-Symptomatik der rechten Hüfte habe keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Beschwerde S. 4), ist nicht zu hören, da der rheumatologische Gutachter bezüglich der rechten Hüfte festgehalten hat (AB 80.1/18), sowohl klinisch, anamnestisch als auch radiologisch bestehe eine rechtsseitige Impingement-Symptomatik, jedoch gemäss der Beschwerdeführerin ohne Einfluss auf die alltäglichen Verrichtungen respektive die berufliche Tätigkeit. Die in der Beschwerde,

S. 4, zitierte gutachterliche Feststellung „mögliche diskrete Impingement-Symptomatik rechts (...), allerdings ohne diesbezüglich passende Anamnese“ hat der rheumatologische Gutachter im Übrigen im Zusammenhang mit Nackenbeschwerden und nicht bezüglich der rechten Hüfte gemacht (AB 80.1/18). Was die Frage des Vorliegens einer Myelopathie betrifft (Beschwerde S. 5 - 7) ist festzuhalten, dass laut MRI der HWS vom 9. September 2013 (AB 86) keine Zeichen einer Myelopathie vorhanden waren, so dass auch keine weiteren Abklärungen durch einen Neurochirurgen notwendig sind (vgl. Beschwerde S. 6 f.). Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die Auswirkungen der Belastungsabhängigkeit der Schmerzen sei ungeklärt bzw. es sei nicht ersichtlich, aus welchen Gründen trotz der dokumentierten Belastungsabhängigkeit der Beschwerden gleichwohl eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte und mittelschwere Arbeiten möglich sei, abgesehen von der 20 %-igen Einschränkung wegen der Migräneattacken (Beschwerde S. 5 f.), ist festzuhalten, dass eben gerade mit der Zumutbarkeit von nur noch leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten und dem von den MEDAS-Gutachtern formulierten Zumutbarkeitsprofil (AB 80.1/29 und 31) der Belastungsabhängigkeit der Schmerzen vollumfänglich Rechnung getragen wurde. Auch ist vorliegend entgegen dem beschwerdeweise gestellten Eventualantrag keine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) notwendig. Denn ein EFL-Testverfahren ist nicht in jedem Fall durchzuführen, sondern allenfalls in Betracht zu ziehen, wenn sich die beteiligten Fachärzte ausser Stande sehen, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen, und deshalb eine konkrete leistungsorientierte berufliche Abklärung als zweckmässigste Massnahme ausdrücklich empfehlen (Entscheid des BGer vom 23. Februar 2011, 8C\_976/2010, E. 5.5). Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht erfüllt.

Weiter ist die in der Beschwerde, S. 6, gerügte fehlende Aktualität des MEDAS-Gutachtens vom 17. Dezember 2012 (AB 80.1) unbegründet. Die Beschwerdeführerin macht diesbezüglich insbesondere geltend, der von PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 30. September 2013 (AB 87) attestierte unveränderte Gesundheitszustand beziehe sich nicht auf die Zeit seit der Begutachtung im Jahr 2012, sondern auf die Zeit der bildgebenden Voraufnahme aus dem Jahr 2011, was in keiner Weise auf eine Verbesse-

rung des Gesundheitszustandes, sondern vielmehr auf einen unverändert schlechten Gesundheitszustand hindeute. Zur Entwicklung des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gemäss AMA-Bericht vom 10. Dezember 2009 (AB 22) in einer leidensangepassten Tätigkeit in einem vollen Pensum mit einer 30 %-igen Leistungseinschränkung arbeitsfähig war. Die gemäss MRI vom 1. Oktober 2010 (AB 38/2) neu aufgetretene rechts paramediane Diskushernie C4/C5 führte zu einer 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit (AB 38/1). Am 8. März 2011 wurde von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ eine Verbesserung der Beschwerden unter Physiotherapie beschrieben (AB 50/2 f.), ebenso von PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 26. Juni 2011 (AB 56/1 - 6) bei erfolgter Konsultation am 5. Mai 2011. Zwar attestierte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ am 30. Mai 2011 wiederum eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit, ohne aber eine Verschlechterung detailliert zu umschreiben (AB 50/1). Weiter nahm die Beschwerdeführerin ab August 2011 eine Tätigkeit als ... in einem zirka 20 %-igen Pensum auf (AB 89/4) und PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ sah einen schrittweisen Wiedereinstieg ins Arbeitsleben bei wechselbelastender Tätigkeit als möglich an (AB 56/1 – 6). Insoweit konnte die Beschwerdeführerin ab der zweiten Hälfte des Jahres 2011 – dem Zeitpunkt der von PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zum Vergleich herangezogenen bildgebenden Voraufnahmen (vgl. AB 86) – die Arbeits- und Leistungsfähigkeit verbessern, bis sie schliesslich laut dem voll beweiskräftigen MEDAS-Gutachten vom 17. Dezember 2012 ab August 2012 in einer leidensangepassten Tätigkeit in einem 80 %-Pensum arbeitsfähig war (AB 80.1/3, 29 und 30). Insoweit kann die Beschwerdeführerin aus der Feststellung von PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 30. September 2013 (AB 87), wonach das neue MRI der HWS vom 9. September 2013 (AB 86) ähnlich Befunde wie die Voraufnahme aus dem Jahr 2011 zeige, nichts zu ihren Gunsten ableiten. Dass seit den Aufnahmen aus dem Jahr 2011 bzw. seit der Begutachtung im Jahr 2012 keine wesentliche Progredienz der Beschwerden stattgefunden hat, wird sowohl von PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 30. September 2013 (AB 87) als auch von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 20. Oktober 2014 (AB 100/1) festgehalten.

## **6.**

**6.1** Die Beschwerdegegnerin hat im vorliegenden Fall mehrere Haushaltabklärungen vorgenommen.

**6.1.1** Der erste Abklärungsbericht Haushalt vom 20. April 2012 (AB 60/2 ff.) basiert auf Erhebungen vom 13. März 2012; zu diesem Zeitpunkt standen die medizinische Begutachtung und der Umzug in den Kanton ... bevor (AB 60/13). Dem Bericht ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bis Februar 2011 in ... in einem 4 ½-Zimmer-Einfamilienhaus zur Miete mit kleinem Garten und anschliessend in ... in einer 4 ½-Zimmer-Mietwohnung wohnte (AB 60/7 - 9). Es bestand damals ein Status 70 % Erwerb und 30 % Haushalt, ab August 2011 wurde die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall als voll erwerbstätig eingestuft (AB 60/5 f.).

**6.1.2** Aufgrund des Umzuges in den Kanton ... nach ... Anfang Juni 2012 (AB 60/13) erstellte die IV-Stelle ... im Auftrag der Beschwerdegegnerin am 8. Februar 2013 gestützt auf Erhebungen vom 6. Februar 2013 einen weiteren Abklärungsbericht Haushalt (AB 81), welcher auf dem MEDAS-Gutachten vom 17. Dezember 2012 (AB 80.1) und laut der Beschwerdeführerin einem seither unveränderten Gesundheitszustand basiert (AB 81/4). Hinsichtlich Status wurde die Beschwerdeführerin auch nach dem Umzug weiterhin als voll erwerbstätig eingestuft (AB 81/4). Die vorgenommenen Abklärungen ergaben, dass seit Juni 2012 keine Einschränkung mehr im Haushalt besteht (AB 81/9).

**6.1.3** Der Abklärungsbericht Haushalt vom 17. Februar 2014 (AB 89/2 ff.), in welchem Zeitpunkt die Beschwerdeführerin bereits in ... lebte, aber die Beschwerdegegnerin weiterhin zuständig war (vgl. E. 1.1.2 hiervor), basiert unverändert auf den Erhebungen vom 13. März 2012 und bezieht sich offenkundig auf den ersten Abklärungsbericht Haushalt vom 20. April 2012 (AB 60/2 ff.) bzw. dieser wurde ergänzt, was insofern als zulässig erscheint, als sich die Frage nach der Einschränkung im Haushalt zeitlich unverändert auf die schon im ersten Bericht vom 20. April 2012 abgeklärte Sachlage bezieht und ab August 2011 die Beschwerdeführerin als voll erwerbstätig eingestuft wurde; der Bericht nennt eine Einschränkung im

Haushalt bis Februar 2011 von ungewichtet 17 % (AB 89/10 ff.) und ab März 2011 eine solche von noch 15 % (AB 89/13 ff.).

**6.2** Die erwähnten Abklärungsberichte Haushalt erfüllen die an eine Abklärung im Haushalt erforderlichen Kriterien (vgl. E. 2.10 hiervor) und es sind keine Fehleinschätzungen ersichtlich. Zudem wurden die einzelnen Einschränkungen nachvollziehbar begründet. Es kann auf die erwähnten Berichte abgestellt werden. Dementsprechend ist auch die Festlegung des Status der Beschwerdeführerin zu Recht unbestritten. Bis Ende Juli 2011 ist von einem Status 70 % Erwerb und 30 % Haushalt auszugehen und ab Anfang August 2011 wäre die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall einer vollen Erwerbstätigkeit nachgegangen (AB 60/5 f., 81/4, 89/5 f.).

## 7.

**7.1** Der frühestmögliche Rentenbeginn fällt vorliegend in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 2.2 und 2.3 hiervor) sowie mit Blick auf die ab dem 19. März 2009 attestierte 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit (AB 16/2 f.) und die im Juli 2009 erfolgte Anmeldung zum Leistungsbezug (AB 5) auf Anfang März 2010, was unbestritten ist. Auf diesen Zeitpunkt hin ist eine (erste) Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

**7.1.1** Für die Zeit ab dem Beginn der Einschränkung im März 2009 bezieht sich das MEDAS-Gutachten vom 17. Dezember 2012 auf die Hausärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und die von ihr in einer leidensangepassten Tätigkeit attestierte Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 %, eventuell mehr (AB 16/2 f., 80.1/27 und 30). Die Beschwerdegegnerin geht gestützt darauf bzw. gestützt auf die im Abklärungsbericht AMA vom 10. Dezember 2009 (AB 22/9) angegebene Arbeits- und Leistungsfähigkeit ab dem absolvierten Wartejahr im März 2010 von einer Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit in einem vollen Pensum mit einer Leistungsminderung von maximal 30 % aus (AB 103/10), was nicht zu beanstanden ist.

Für die Bestimmung des Valideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf den zuletzt bei der F. \_\_\_\_\_ im Jahr 2009 in einem 70 %-

Pensum erzielten Verdienst abgestellt, da die Auflösung des entsprechenden Arbeitsvertrages per Ende November 2009 aus gesundheitlichen Gründen erfolgt ist (AB 11). Dabei resultiert indexiert auf das Jahr 2010 ein Valideneinkommen von Fr. 42'211.-- (Fr. 3'213.-- x 13 = Fr. 41'769.-- : 2552 x 2579 [Tabelle T 39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976 - 2014, Index Nominallöhne Frauen Jahr 2009: 2552 Punkte; Index Nominallöhne Frauen Jahr 2010: 2579 Punkte]). Da die Beschwerdeführerin nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine bzw. keine ihr zumutbare Tätigkeit aufgenommen hat, hat die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen zu Recht anhand statistischer Daten ermittelt (vgl. E. 2.7.2 hiavor). Auszugehen ist von der LSE 2010, Tabelle TA1, Total, Frauen, Anforderungsniveau 4, im Betrag von Fr. 4'225.-- monatlich, Fr. 50'700.-- jährlich; angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Abschnitt Total im Jahr 2010 von 41.6 Stunden resultiert ein Betrag von Fr. 52'728.-- (Fr. 50'700.-- : 40 h x 41.6 h). Unter Berücksichtigung der 30 %-igen Leistungsminderung und des 70 %-Pensums beläuft sich das Invalideneinkommen auf Fr. 25'837.-- (Fr. 52'728.-- x 0.7 = Fr. 36'910.-- x 0.7). Die Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen ergibt einen ungewichteten Invaliditätsgrad von 38.79 % (100 : Fr. 42'211.-- x [Fr. 42'211.-- - Fr. 25'837.--]) und einen gewichteten Invaliditätsgrad von 27.15 % (38.79 % x 0.7).

Im häuslichen Bereich betrug die Invalidität im März 2010 ungewichtet 17 % (AB 89/10 - 12) bzw. gewichtet 5.1 % (17 % x 0.3). Der gewichtete Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 32 % (27.15 % + 5.1 % = 32.25 %; zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) ergibt ab März 2010 keinen Anspruch auf eine Invalidenrente.

**7.1.2** Für die Zeit ab Anfang Oktober 2010 bestand laut dem MEDAS-Gutachten vom 17. Dezember 2012 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit (AB 80.1/30 i.V.m. AB 38) infolge der neu aufgetretenen rechts paramedianen Diskushernie C4/C5 (AB 38/2), weshalb revisionsrechtlich die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Neu Beurteilung (vgl. AB 103/10 f.) nicht zu beanstanden ist. Demnach bestand ab Oktober 2010 im erwerblichen Bereich eine Einschränkung von 100 % und im Haushalt weiterhin eine

solche von 17 % (AB 89/10 - 12), was gewichtet einen Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 75 % ergibt ( $[100 \% \times 0.7] + [17 \% \times 0.3] = 75.1 \%$ ).

In der angefochtenen Verfügung vom 14. November 2014 (AB 103) blieb unbeachtet, dass ab März 2011 infolge des Umzuges von einem Einfamilienhaus in eine Mietwohnung der Invaliditätsgrad im Haushalt auf ungewichtet 15 % (AB 89/13 - 15) bzw. gewichtet 4.5 % ( $15 \% \times 0.3 \%$ ) zurückging. Indessen kommt dieser Veränderung keine revisionsrechtliche Bedeutung zu. Der gewichtete Gesamtinvaliditätsgrad reduziert sich von 75.1 % auf 74.5 % ( $[100 \% \times 0.7] + [15 \% \times 0.3]$ ). Folglich besteht ab dem 1. Oktober 2010 ein Anspruch auf eine ganze Rente.

**7.1.3** Wie bereits erwähnt (vgl. E. 6.2 hiavor) wäre die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ab August 2011 einer vollen Erwerbstätigkeit nachgegangen, infolge des aufgegebenen Aufgabenbereichs besteht ein weiterer Revisionsgrund (vgl. BGE 117 V 198 E. 3b S. 199; AHI 1997 S. 288 E. 2b). Weil die 80 %-ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit erst im August 2012 definitiv feststand (AB 80.1/3 und 29 f.), ist demnach im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin über August 2011 hinaus den Rentenanspruch noch unverändert liess und bis August 2012 von einer 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen ist, womit sich insoweit am Anspruch auf eine ganze Rente nichts änderte.

**7.1.4** Gemäss dem MEDAS-Gutachten vom 17. Dezember 2012 bestand ab August 2012 wiederum eine 80 %-ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (AB 80.1/3 und 29 f.). Eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes ist ausgewiesen (vgl. E. 5.1 hiavor), womit ein Revisionsgrund besteht. Es kann folglich eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs erfolgen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

Aufgrund des per August 2011 erfolgten Statuswechsels ist die Invaliditätsbemessung allein mittels Einkommensvergleich vorzunehmen. Da die Beschwerdeführerin bei der F. \_\_\_\_\_ nach Aufgabe der Nachtschicht im 60 %-Pensum ihren Beschäftigungsgrad auf 70 % erhöhen konnte (AB 89/4), ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sie ihr Pensum im Gesundheitsfall aufgrund ihres Spezialwissens bei die-

ser Arbeitgeberin auch auf 100 % hätte ausdehnen können. Folglich kann wie beim Einkommensvergleich für das Jahr 2010 (vgl. E. 7.1.1 hiervor) für das Valideneinkommen vom bei der F. \_\_\_\_\_ im Jahr 2009 erzielten Einkommen ausgegangen werden, aufindexiert auf das Jahr 2012 resultiert in einem 100 %-Pensum ein Betrag von Fr. 61'494.-- (Fr. 3'213.-- x 13 = Fr. 41'769.-- : 2552 x 2630 [Tabelle T 39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976 - 2014, Index Nominallöhne Frauen Jahr 2009: 2552 Punkte; Index Nominallöhne Frauen Jahr 2012: 2630 Punkte] = Fr. 43'046.-- : 70 x 100).

Da die Beschwerdeführerin auch im Jahr 2012 keine bzw. keine ihr zumutbare Tätigkeit aufgenommen hatte, ist das Invalideneinkommen ebenfalls anhand statistischer Daten zu ermitteln (vgl. E. 2.7.2 hiervor). Anzuwenden sind die noch vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 14. November 2014 (AB 103) im Oktober 2014 (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 328 vom 22. Oktober 2014) veröffentlichten Zahlen der LSE 2012 (vgl. Entscheid des BGer vom 11. September 2015, 9C\_526/2015, E. 3.2.2). Auszugehen ist von der Tabelle TA1 (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor), Total, Frauen, Kompetenzniveau 1, im Betrag von monatlich Fr. 4'112.--, jährlich Fr. 49'344.--, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Bereich Total im Jahr 2012 von 41.7 Stunden resultiert ein Betrag von Fr. 51'441.-- (Fr. 49'344.-- : 40 h x 41.7 h) und unter Berücksichtigung der 80 %-igen Arbeitsfähigkeit verbleibt ein Betrag von Fr. 41'153.--. Der von der Beschwerdegegnerin gewährte leidensbedingte Abzug (vgl. E. 2.7.2 hiervor) von 10 % erscheint jedoch als nicht gerechtfertigt. Denn mit dem als zumutbar erklärten 80 %-igen Pensum wurde den Einschränkungen der Beschwerdeführerin, insbesondere auch der Migräneproblematik (AB 80.4/7 f.) umfassend Rechnung getragen. Die Aufmerksamkeitsschwankungen können nicht als Begründung für einen leidensbedingten Abzug herangezogen werden, da diese bei einfachen kognitiven Arbeiten nicht von Relevanz sind (AB 80.1/32). Die übrigen relevanten Kriterien wie Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad (vgl. E. 2.7.2 hiervor) kommen vorliegend nicht zum Tragen. Damit beläuft sich das Invalideneinkommen für das Jahr 2012 auf Fr. 41'153.--.

Die Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen ergibt einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von gerundet 33 % ( $100 : \text{Fr. } 61'494.- - x [\text{Fr. } 61'494.-- - \text{Fr. } 41'153.--] = 33.08 \%$ ). Unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV (vgl. E. 3.3 hiavor) hat die Beschwerdegegnerin demnach die bisherige ganze Rente zu Recht per 30. November 2012 aufgehoben.

**7.2** Keine Relevanz kommt vorliegend dem (nicht endgültigen) Urteil der zweiten Kammer des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) Di Trizio gegen die Schweiz vom 2. Februar 2016 (7186/09) zu, gemäss welchem die Anwendung der gemischten Invaliditätsbemessungsmethode in der Invalidenversicherung bei einer Versicherten, welche ohne gesundheitliche Einschränkungen nach der Geburt ihrer Kindern nur noch teilzeitlich erwerbstätig gewesen wäre und deshalb im Rentenrevisionsverfahren ihren Anspruch auf eine Invalidenrente verlor, Art. 14 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101; Diskriminierungsverbot) i.V.m. Art. 8 EMRK (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens) verletzt. Denn selbst unter der für die Beschwerdeführerin vorteilhaften Annahme einer vollen Erwerbstätigkeit ohne Aufgabenbereich ergäbe sich für die Zeit vor Oktober 2010 ein erwerblicher Invaliditätsgrad von 38.79 % (vgl. E. 7.1.1 hiavor), was nicht anspruchsbegründend ist.

**7.3** Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu Recht allein für die Zeit vom 1. Oktober 2010 bis 30. November 2012 eine ganze Rente zugesprochen. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

## **8.**

**8.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**8.2** Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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