

200 16 1038 IV
SCI/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. Mai 2017

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. September 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1983 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich erstmals im März 2004 unter Hinweis auf Schmerzen an der linken Hand bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 2). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen lehnte die IVB den Anspruch auf eine IV-Rente mit Verfügung vom 13. Mai 2005 (act. II 27) ab. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 12. Dezember 2005 (act. II 37) fest. Eine dagegen erhobene Beschwerde (act. II 39 S. 2 ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 22. Januar 2007, VGE IV/66356/2006 (act. II 56), ab.

B.

Im Juli 2008 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine Depression und Ängste erneut zum Leistungsbezug bei der IVB an (act. II 58). Die IVB tätigte Abklärungen, insbesondere liess sie die Versicherte durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) untersuchen (vgl. Untersuchungsbericht vom 9. September 2010 [act. II 95]) und holte einen Abklärungsbericht Haushalt (Bericht vom 13. Oktober 2010 [act. II 98]) ein. Gestützt darauf wurde der Versicherten mit Verfügung vom 2. März 2011 (act. II 107 S. 2 ff.) basierend auf einem Invaliditätsgrad von 43 % für die Zeit vom 1. August 2009 bis 31. März 2010 eine Viertelsrente zugesprochen.

C.

Die Versicherte gelangte im August 2014 erneut mit einem Leistungsgesuch an die IVB (act. II 113). Als gesundheitliche Beeinträchtigung gab sie eine seit fünf Jahren bestehende reaktive Polyarthritits an (act. II 113 S. 5). Mit Schreiben vom 26. August 2014 (act. II 114) machte die IVB sie darauf aufmerksam, dass eine Neuanschuldung nur geprüft werde, wenn eine

massgebliche Änderung des Gesundheitszustandes seit der letzten Verfügung glaubhaft gemacht werde. In der Folge reichte die Versicherte zahlreiche medizinische Unterlagen ein (act. II 116 – 118). Nach Rücksprache mit dem RAD (Akten der IVB [act. IIA] 121) sowie Einholung aktueller Arztberichte, liess die IVB die Versicherte auf Empfehlung des RAD (act. IIA 143) durch die Dres. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, und D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Gutachten vom 4. Januar 2016 [act. IIA 160.1 und 161.1], inkl. interdisziplinäre Beurteilung desselben Tages [act. IIA 160.2]) und holte im Anschluss einen Abklärungsbericht Haushalt (Bericht vom 10. März 2016 [act. IIA 162 S. 2 ff.]) ein. Mit Vorbescheid vom 23. März 2016 (act. IIA 163) stellte die IVB der Versicherten die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht, da ihr trotz gesundheitlicher Einschränkungen eine angepasste Tätigkeit zugemutet werden könne und deshalb keine Erwerbseinbusse entstehe. Die Einschränkungen im Haushalt würden sich ebenfalls nicht im iv-relevanten Bereich bewegen. Die Versicherte zeigte sich damit nicht einverstanden und erhob am 28. April bzw. 23. Mai 2016 Einwände. Nachdem die Beschwerdeführerin einen Arztbericht nachgereicht hatte (act. IIA 171), unterbreitete die IVB diesen dem RAD zur Stellungnahme (act. IIA 173) und wies gestützt darauf (act. IIA 174 S. 3 f., AB 175 S. 2) mit Verfügung vom 22. September 2016 (act. IIA 176) den Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung wie angekündigt ab.

D.

Mit Eingabe vom 26. Oktober 2016 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, Beschwerde. Sie stellt die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 22. September 2016 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei rückwirkend seit Anspruchsbeginn eine ganze Rente zuzusprechen.
2. Eventualiter sei eine Dreiviertelsrente zuzusprechen.
3. Es sei ein unabhängiges fachärztliches (evtl. interdisziplinäres) Gutachten (Obergutachten) in Auftrag zu geben, welches den IV-Anspruch der Beschwerdeführerin infolge Kolonresektion abklärt.
4. Eventualiter sei die Sache zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

5. Der Beschwerdeführerin sei für das vorliegende Verfahren die integrale unentgeltliche Prozessführung unter Beiordnung der Unterzeichnenden als Rechtsbeiständin zu gewähren.
6. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Auf entsprechende Aufforderung des Instruktionsrichters hin (vgl. prozessleitende Verfügung vom 31. Oktober 2016) reichte die Beschwerdeführerin am 14. November 2016 das beschwerdeweise angekündigte Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 30. November 2016 beantragt die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde.

Bezugnehmend auf die prozessleitende Verfügung vom 5. Dezember 2016 zog die Beschwerdeführerin am 22. Dezember 2016 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück.

Mit Eingabe vom 10. März 2017 reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren Arztbericht zu den Akten.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über

die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 22. September 2016 (act. IIA 176). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin 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).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnah-

men wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Wurde eine Rente oder eine andere Dauerleistung wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsver-

fahren – analog zur materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

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

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung von August 2014 (act. II 113) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

Im Gesuch zum Leistungsbezug von Juli 2008 war als Gesundheitsschaden „Depressionen und Ängste“ angegeben worden. Gestützt auf den überzeugenden Untersuchungsbericht der RAD-Ärztin Dr. med. E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. September 2010 (act. II 95) – worin u.a. ausgeführt wurde, im Mai 2010 habe die behandelnde Ärztin Dr. med. F._____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine schwere Depression festgestellt, welche entsprechend behandelt sei und aktuell könnten keine Befunde objektiviert werden, wie sie für die Diagnose einer „schweren Depression“ gefordert seien (act. II 95 S. 7) – sprach die IVB der Versicherten im März 2011 eine befristete Viertelsrente zu (act. II 107 S. 2 ff.). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. In der Neuanmeldung von August 2014 gab die Beschwerdeführerin als gesundheitliche Beeinträchtigung eine reaktive Polyarthrititis an (act. II 113 S. 5). In Anbetracht der im Anschluss der Anmel-

derung eingereichten medizinischen Unterlagen (act. II 116 – 118) zeigt sich, dass entsprechende Abklärungen offenbar bereits (weit) vor Erlass der Verfügung vom 2. März 2011 (act. II 107 S. 2 ff.), aufgenommen worden waren, die IVB von der Beschwerdeführerin hierüber jedoch nicht in Kenntnis gesetzt worden war (vgl. insbesondere act. II 116 S. 28 mit Verweis auf weitere Abklärungen). Ob damit überhaupt aus medizinischer Sicht ein Revisionsgrund vorliegt, braucht nicht abschliessend geprüft zu werden, da selbst bei einer freien Prüfung – wie nachfolgend dargelegt wird – kein Rentenanspruch besteht. Dies unabhängig von der inzwischen angenommenen und unter den Parteien unbestrittenen Statusänderung, welche zugleich eine erhebliche Änderung des Sachverhalts darstellen würde (act. II 98 S. 10, 99 S. 3, act. IIA 162 S. 4, 6 und act. IIA 176 S. 2).

3.2 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit Erlass der Verfügung vom 2. März 2011 (act. II 107 S. 2 ff.) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.2.1 Dr. med. G._____, Facharzt für Neurologie, berichtete am 14. Juni 2013, er vermöge die vielfältigen geklagten Beschwerden aus neurologischer Sicht nicht zu deuten. Eine hierfür verantwortliche Erkrankung sei nicht fassbar. Im klinischen Status fänden sich keine objektivierbaren Pathologien. Die Elektroneurographie der Bein- und Fussmuskeln sei normal. Ein zerebraler Prozess könne bei einer normalen Kernspintomographie des Schädels ausgeschlossen werden. Vorgängig seien auch in einer Bildgebung der LWS keine relevanten Pathologien zur Darstellung gekommen (act. II 116 S. 23).

3.2.2 Im Bericht des Spitals H._____ vom 11. Februar 2014 (act. II 116 S. 19 –21) diagnostizierten PD Dr. med. I._____, Facharzt für Anästhesiologie, Dr. med. J._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. K._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts (akut aufgetretene Schmerzen tieflumbal ohne Ausstrahlung, muskuläre Dysbalance mit Insuffizienz der Beckenstabilisatoren, MRT LWS Juni 2013: keine entzündlichen Veränderungen, keine relevante Diskushernie) und eine aktenanamnestisch reaktive Arthritis (2010, HLA-B27 positiv, beidsei-

tige Kniegelenksarthrititis und tieflumbale Rückenschmerzen bis 2010, aktuell keine sichere entzündliche Aktivität erkennbar [S. 19]). Am 14. Februar 2014 (act. II 116 S. 17 f.) wiederholte PD Dr. med. I. _____ die zuvor genannten Diagnosen und berichtete, eine diagnostische Facettengelenksnervenblockade der tieflumbalen Facettengelenke L4/5 sowie L5/S1 sei klar negativ gewesen. Nach einer intraartikulären Infiltration des rechtsseitigen Iliosakralgelenks mit Lokalanästhetika und Kortikoiden sei nur ein leichtgradiger Steroid-Effekt eingetreten. Nach einer Thermokoagulation der sensiblen Nervenäste sei es zu einer profunden Schmerzreduktion gekommen, so dass die Indikation für die Thermoablation für den 12. Februar 2014 gestellt worden sei (S. 17). Bei der Verlaufskontrolle nach der Thermoablation habe die Patientin über ein exzellentes postinterventionelles Resultat berichtet, der Zielschmerz sei komplett verschwunden. Die Patientin habe ihre ausgeprägte muskuläre Dekonditionierung mit einem aufbauenden Krafttraining entgegenzuwirken (act. II 116 S. 16). Am 23. und 26. Mai 2014 sowie am 18. August 2014 (act. II 116 S. 1) (act. II 116 S. 15, Beschwerdebeilage [BB] 5) berichtete PD Dr. med. I. _____ in Wiederholung der bekannten Diagnosen, es bestehe nach wie vor ein ausgezeichnetes Resultat. Vordergründig für die Patientin sei aktuell die neu diagnostizierte rheumatoide Arthritis.

3.2.3 Die Dres. med. L. _____ und Céline M. _____ nannten im Austrittsbericht des Spitals N. _____ vom 4. Juli 2014 (act. II 116 S. 7 – 12) als Hauptdiagnosen unklare generalisierte Arthralgien (DD rheumatoide Schmerzen), eine Erythema multiforme (DD medikamentös bedingt), eine leichte Hypokaliämie (DD bei Laxantienabusus), eine hypochrome normozytäre Anämie (DD bei Substratmangel, bei chronischer Entzündung) und eine chronische Obstipation. Als Nebendiagnosen erwähnten sie einen St. n. mehreren Operationen (OP) am Handgelenk links, einen St. n. ISG-OP und einen St. n. Gastroskopie mit Magenulcus (S. 7). Die Ursache für die Polyarthralgien bleibe vorerst ungeklärt.

3.2.4 Im Bericht des Spitals H. _____ vom 9. Juli 2014 (act. II 117 S. 1 – 4) vermerkten die Dres. med. K. _____ und O. _____ als Diagnosen den Verdacht auf reaktive Arthritis, ein lumbospondylogenes Syndrom, Senk-/Spreizfüsse bds., eine periphere Hyperlaxizität und einen vor-

deren Kniegelenksschmerz. Möglicherweise sei es Anfang Juni 2014 zu einem erneuten Schub einer reaktiven Arthritis bei HLA-B27 positiver Patientin gekommen. Unter kurzzeitiger Gabe von peroralen Steroiden sei es zu einer vollständigen Remission gekommen, so dass sich aktuell keine weiteren Therapien aufdrängten. Die beschriebenen Knieschmerzen seien retropatellärer Genese, wahrscheinlich bei ungünstiger Patellaführung infolge Dekonditionierung der Quadrizepsmuskulatur. Aktuell finde sich kein Kniegelenkserguss.

Am 20. Oktober 2014 diagnostizierte Dr. med. K. _____ eine chronische reaktive Arthritis, ein lumbospondylogenes Syndrom, Senk-/Spreizfüsse bds. und eine periphere Hyperlaxizität. Objektiv seien aktuell keine sicheren entzündlichen Zeichen nachzuweisen gewesen. Es hätten sich eher Schwanenhalsdeformitäten im Bereich der Finger gezeigt (act. IIA 125 S. 1). Betreffend Arbeitsfähigkeit resp. Einsatzmöglichkeiten sei aktuell von einer 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, da sich der Zustand der Patientin in den letzten Monaten deutlich verschlechtert habe (S. 2). Die zuvor erwähnten Diagnosen wiederholten Prof. Dr. med. P. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Dr. med. O. _____ am 31. Oktober 2014 (act. IIA 134 S. 7 f.). Zudem führten sie aus, bis anhin sei eine Spritzenapplikation erfolgt, die noch zu keiner Veränderung bezüglich der Arthralgien geführt habe. Objektiv seien aktuell keine sicheren entzündlichen Zeichen nachzuweisen, humoral fänden sich keine Entzündungszeichen (S. 7). Dr. med. K. _____ nannte am 25. November 2014 erneut dieselben Diagnosen. Offenbar sei es in den letzten Tagen zu Exazerbationen der Beschwerden gekommen (act. IIA 134 S. 5). Gesamthaft zeigten sich in der letzten Zeit weniger entzündliche Veränderungen (S. 6). Am 30. Dezember 2014 führte er als zusätzliche Diagnose zunehmende Zeichen einer Anorexia nervosa auf. Es bestehe aktuell ein etwas schwer zu definierender Verlauf. Einerseits seien die Beschwerden offensichtlich seit einer Woche vollständig verschwunden. Andererseits präsentiere die Patientin aktuell einen Gewichtsverlust (act. IIA 134 S. 3 f.).

Im IV-Arztbericht vom 28. Januar 2015 (act. IIA 132) hielt Dr. med. K. _____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine

undifferenzierte Spondyloarthritis mit peripherem und axialem Befall sowie eine unklare gastrointestinale Symptomatik mit Obstipation und Substanzmangel fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vermerkte er eine grenzwertige Untergewichtigkeit (S. 1). Aufgrund der diffusen entzündlichen Veränderung sei die Patientin seit dem 27. Juni 2014 bis zur letzten Konsultation vom 15. Januar 2015 100 % arbeitsunfähig gewesen. Wegen der diffusen Schmerzen in den Fingern sowie der Wirbelsäule sei sie aktuell nicht arbeitsfähig (S. 2). Am 25. Februar 2015 führte er sodann als Diagnose zusätzlich intermittierende Elektrolytstörungen (Hypophosphatämie, Hypokaliämie) auf. Es zeige sich bezüglich der chronischen reaktiven Arthritis weder klinisch, radiologisch noch serologisch eine relevante Aktivität. Persistierend seien im Serum die leichte Hypokaliämie, eine Hypophosphatämie sowie die normochrome-normozytäre Anämie (act. IIA 134 S. 1). Gesamthaft gesehen bestehe wahrscheinlich eine intermittierend aktive Spondylarthritis vom reaktiven Typ. Aktuell bestünden primär Gelenksschmerzen im Rahmen der Hypermotilität, möglicherweise auch eines Eisen- und Phosphatmangels (S. 2). Zusätzlich zu den oben genannten Diagnosen wurde am 24. April 2015 (act. IIA 139 S. 46 f.) ein Verdacht auf Methotrexat-induzierte Zytopenie aufgeführt.

3.2.5 Im Bericht des Spitals H. _____ vom 20. Mai 2015 (act. IIA 139 S. 7 – 10) diagnostizierten Dr. med. Q. _____, Fachärztin für Neurologie, und med. pract. R. _____ Gedächtnisstörungen unklarer Ätiologie, eine chronische reaktive Arthritis und ein lumbospondylogenes Syndrom (S. 9). In der orientierenden kognitiven Testung zeige sich eine Störung vor allem im Bereich des Gedächtnisses und der Sprache. Allerdings fänden sich teilweise diskrepante Ergebnisse, so dass auch eine Störung im Rahmen einer depressiven Episode oder eine funktionelle Problematik in Frage komme. Im MRI-Schädel vom 11. Mai 2015 zeige sich eine unspezifische T2-hyperintense Läsion links okzipital ohne klinisches Korrelat. In den elektrophysiologischen Untersuchungen fänden sich aktuell keine Hinweise auf eine Polyneuropathie im Bereich der unteren Extremitäten. Insgesamt sei die Ursache der Gedächtnisstörung vorerst unklar (8 f.).

3.2.6 Prof. Dr. med. S. _____, Facharzt für Neurologie, und der Neuropsychologe Prof. Dr. T. _____ diagnostizierte am 1. Juni 2015 eine

funktionelle kognitive Störung und einen Verdacht auf eine depressive Symptomatik (act. IIA 141 S. 2). Mit Ausnahme weniger Basisleistungen (Orientierung, Sprache, visuelle Wahrnehmung, Praxie) seien im Vergleich zu entsprechender Alters- und Bildungsnormen fast sämtliche geprüften kognitiven Domänen deutlich, im Gedächtnisbereich bis zu schwerst vermindert gewesen. Solche schweren kognitiven Minderleistungen seien auch bei Berücksichtigung des weitgehend unauffälligen MR-Befundes neurologisch bzw. neurokognitiv nicht zu erklären, weshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer funktionellen Störung auszugehen sei (act. IIA 141 S. 1). Hierfür spreche auch, dass die Beschwerdeführerin bei einem Test zur Symptomvalidierung hoch auffallend gewesen sei. Die Ursache sei am ehesten im Bereich der somatischen und psychischen Beschwerden zu suchen (S. 2).

3.2.7 Im Kurzaustrittsbericht des Spitals N. _____ vom 3. Juni 2015 (act. IIA 139 S. 1 – 3) listeten Dr. med. U. _____, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, und Dr. med. V. _____ als Hauptdiagnosen eine Patientin mit lost IUD und einen St. n. zwei Spontangeburt sowie als Nebendiagnosen eine chronische Polyarthrit, einen St. n. Gastroskopie bei Magenulcus unter PPIII, einen St. n. Koloskopie, einen St. n. offener Appendektomie als Kind, einen Nikotinabusus 20 Zigaretten/Tag und eine Nisulidallergie auf. Sie attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 3. bis 10. Juni 2015 (S. 2). Im Operations-/Austrittsbericht vom 12. Juni 2015 (BB 14) über die Hysteroskopie und IUD-Entfernung wurden die Diagnosen bestätigt.

3.2.8 Am 29. Juli 2015 diagnostizierte Dr. med. K. _____ eine chronische reaktive Arthritis, ein Zervixkarzinom, ein lumbospondylogenes Syndrom, eine intermittierende ISG-Arthritisaktivierung, eine funktionelle neurologische Störung und eine chronische Obstipation (BB 10 S. 1). Aktuell fänden sich wie bereits bisher keine Aktivitätszeichen der reaktiven Arthritis, jedoch berichte die Patientin über vermehrte Beschwerden (S. 2).

3.2.9 Im Bericht des Spitals H. _____ für Viszerale Chirurgie und Medizin vom 31. Juli 2015 (BB 11) nannte Prof. Dr. med. W. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie und Dr. med. X. _____ als Diagnosen ein obstipationsbetontes Reizdarmsyndrom

(seit ca. 8 Jahren, ODS 17/31 Punkte), ein Zervixkarzinom (ED Juni 2015), eine chronische reaktive Arthritis (HLA-B27 positiv), den Verdacht auf Anorexia amara und eine intermittierende Elektrolytstörung (S. 1). Die Patientin habe sich vereinbarungsgemäss nach drei Monaten zur Kontrolle gemeldet und über eine deutliche Besserung der Beschwerden berichtet (S. 2).

3.2.10 PD Dr. med. Y. _____, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, diagnostizierte im Austrittsbericht vom 23. September 2015 (act. IIA 151 S. 3 f.) in Bezug auf die am selben Tag durchgeführte laparoskopische Hysterektomie (LAH) mit Salpingektomie bds. einen Uterus mit CIN 1 der Portio.

3.2.11 Im Verlaufsbericht vom 3. November 2015 (act. IIA 156) vermerkte Dr. med. K. _____, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert habe und sich seit der letzten Diagnosestellung Änderungen ergeben hätten. Neu zu diagnostizieren sei ein Uteruskarzinom. Aus rheumatologischer Sicht sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 1). Eine leichte körperliche Tätigkeit könne aufgrund der verschiedenen Diagnosen zu max. 50 % ausgeübt werden.

3.2.12 Die Dres. med. C. _____ und D. _____ stellten in ihren Gutachten vom 4. Januar 2016 (act. IIA 160.1 und 161.1) interdisziplinär folgende Diagnosen (act. IIA 160.1 S. 10):

Mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Chronische Unterarmbeschwerden links
2. Leicht- bis mittelgradig depressive Episode (November 2006 bis 2010)

Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

3. Temestakonsum und St. n. Eheproblemen
4. Chronisches, sich generalisierendes Schmerzsyndrom
 - nicht ausreichend somatisch abstützbar
 - krankheitsfremde Faktoren
 - diffuse Druckschmerzangabe
 - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke
 - Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Vergesslichkeit
5. Lumbospondylogenes Syndrom
6. Hypermobilitätssyndrom
7. Untergewicht mit Body-Mass-Index von 14,76 kg/m²
8. Gestörte Gluconeogenese
9. Anamnestisch chronische reaktive Arthritis
10. Nikotinkonsum von ca. 20 pack years
11. Alkoholkonsum
 - CDT-Wert in der Grauzone

12. Anamnestisch Reizmagen-Syndrom

Dr. med. C. _____ hielt in somatisch-rheumatologischer Hinsicht fest, abgesehen vom klinischen Befund, dass das Handgelenk in 0 Grad-Neutralstellung eingesteift sei, könne kein weiterer relevanter klinisch-pathologischer Befund an den Unterarmen objektiviert werden, insbesondere bestünden keine Hinweise auf entzündliche Veränderungen oder auf eine periphere Nerveneinklemmungsproblematik (act. IIA 160.1 S. 12). In keinem der vorliegenden rheumatologisch orientierten Berichten des Spitals H. _____ werde in der Befundbeschreibung eine klinische Entzündungsaktivität erwähnt. Hingegen werde in diesen Berichten wiederholt auf Arthralgien und damit auf die Einschätzung der Versicherten abgestützt resp. hingewiesen. Entzündungserkrankungen könnten, müssten jedoch nicht, mit klinisch objektivierbaren Befunden einhergehen. Ein relevanter klinisch entzündlicher Befund sei für keinen Zeitraum beschrieben worden. Auf eine relevante humorale Aktivität werde nicht hingewiesen. Anlässlich der Begutachtung habe die Versicherte keine Arthralgien, die für entzündlich abstützbare resp. für vordergründig somatisch abstützbare Beschwerden typisch wären, geschildert (act. IIA 160.1 S. 13). An den oberen Extremitäten seien, abgesehen von denjenigen Befunden im Bereich des linken Handgelenks und dem hypermobilen Gelenkscharakter (ohne die Kriterien für eine Gelenksinstabilität zu erfüllen), keine weiteren klinisch-pathologischen Befunde zu objektivieren. Im Bereich der Wirbelsäule könnten in der klinischen Untersuchung in keinem axialen Bewegungssegment eine relevante Fehlhaltung oder eine relevante Bewegungseinschränkung objektiviert werden. Die Palpation der paravertebralen Weichteile der ganzen Wirbelsäule werde ausschliesslich tieflumbal als schmerzhaft beschrieben, wobei kein korrelierender Weichteilbefund objektiviert werden könne. Es bestünden keine Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom (act. IIA 160.1 S. 15). An den unteren Extremitäten sei die aktive und passive Beweglichkeit der Hüftgelenke beidseits frei. Die Kniegelenke seien unauffällig. Bezüglich der Senk-/Spreizfusskomponente würden keine typischen Beschwerden beschrieben. Allgemeininternistisch seien abgesehen vom Untergewicht keine relevanten klinisch-pathologischen Befunde zu objektivieren (act IIA 160.1 S. 16). Für die geschilderten Beschwerden wie Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Vergesslichkeit könne kein korrelierender somatisch-pathologischer Befund objektiviert werden

(act IIA 160.1 S. 17). Insgesamt seien die von der Versicherten geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar (act IIA 160.1 S. 18).

In psychiatrischer Hinsicht hielt Dr. med. D. _____ fest, die Versicherte präsentiere anlässlich der Untersuchung einen relativ unauffälligen Psychostatus (act. IIA 161.1 S. 10). Nach der Scheidung im 2010 sei es zu einer Remission der depressiven Episode gekommen. Hinweise für eine posttraumatische Belastungsstörung liessen sich nicht eruieren. Die Kriterien der ICD-10 F50.0 für eine Anorexia nervosa seien nicht erfüllt. Sodann zeigten sich keine Hinweise für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (act. IIA 161.1 S. 9). Auch wenn die Persönlichkeitsentwicklung durch eine schwierige Beziehung zur Mutter erschwert gewesen sei, so sei doch keine Persönlichkeitsstörung entstanden (act. IIA 161.1 S. 12)

In der interdisziplinären Beurteilung (act. 160.2) wurde aus somatisch-rheumatologischer Sicht festgehalten, für eine angepasste Verweistätigkeit könne für keinen Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Nicht mehr zumutbar seien seit gut zehn Jahren mehr als leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten. Aus psychiatrischer Sicht habe von November 2006 bis 2010 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 20 % bestanden. Seither bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Bei der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne für eine angepasste Verweistätigkeit und für einen grossen Teil der bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht abgestützt und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausschliesslich im Zeitraum von November 2006 bis 2010 begründet werden. Nicht mehr zumutbar seien seit gut zehn Jahren mehr als leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten (S. 2).

3.2.13 PD Dr. med. Z. _____, Facharzt für Chirurgie, diagnostizierte im Privatsprechstundenbericht vom 21. Juni 2016 (act. IIA 171 S. 2 ff.) ein obstipationsbetontes Reizdarmsyndrom seit ca. acht Jahren und ein Zervixkarzinom (ED Juni 2015), intermittierende Elektrolytstörungen, eine chronisch reaktive Arthritis (HLA-B27), eine Mangelernährung und den

Verdacht auf Anorexia amaurosa (S. 2 f.). Bei der Patientin fände sich ein erfreulicher postoperativer Verlauf nach subtotaler Kolektomie vom 24. Mai 2016. Sie sei sehr zufrieden mit der jetzigen Situation, wohingegen ein zehnmaliger Stuhlgang als sehr häufig einzustufen sei. Die ambulante Betreuung in der Sprechstunde könne somit abgeschlossen werden (S. 3).

3.2.14 Am 8. September 2016 führte der RAD-Arzt Dr. med. AA. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Tropen- und Reisemedizin, – nach interner Zuweisung durch die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ – aus, es handle sich bei der Operation vom 24. Mai 2016 um eine temporäre Verschlechterung des Gesundheitszustandes, der sich aber im Verlauf gebessert habe. Es könne eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für höchstens zwei Monate attestiert werden. Anschliessend sollte der Vorzustand wieder erreicht sein bzw. der Vorzustand könnte sich gar verbessert haben (Reizdarm, chronische Obstipation). Es seien keine neuen Fakten eingebracht worden, welche die Beurteilung von Dr. med. C. _____ in Frage stellen könnten. Auf das Gutachten könne für die somatischen gesundheitlichen Einschränkungen abgestellt werden (act. IIA 174 S. 3 f.).

4.

4.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizi-

nischen 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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

4.2 Die Gutachten der Dres. med. C._____ und D._____ vom 4. Januar 2016 (act. IIA 160.1 und 161.1) inkl. interdisziplinärer Beurteilung (act. IIA 160.2) erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringen damit vollen Beweis.

4.2.1 Der Gutachter Dr. med. C._____ hat die Beschwerdeführerin selbst untersucht (act. IIA 160.1 S.1 und 4 f.) und überzeugend dargelegt, inwieweit tatsächlich somatisch erklärbare Beschwerden vorliegen, bzw. geklagte Beschwerden keinem objektivierten somatischen Korrelat zugeschrieben werden können. Hinsichtlich der sein Fachgebiet betreffend reaktiven Arthritis hat der Gutachter unter Verweis auf die (langjährige) Befundlage überzeugend dargelegt, weshalb er diese Diagnose nicht stellen kann. So weist er insbesondere darauf hin, dass weder in den rheumatologisch orientierten Berichten in der Befundbeschreibung eine klinische Entzündungsaktivität erwähnt noch auf eine relevante humorale Aktivität hingewiesen werde (act. IIA 160.1 S. 13). Seine Erhebungen sind korrekt und korrekt ist auch seine Feststellung, dass die Beschwerdeführerin – auch wenn sie vordergründig jeweils eine kleine vorübergehende Besserung behauptete – auf die Medikamente effektiv nicht im geforderten Mass angesprochen hat. Damit kann auch nicht über die Behandlung und deren Ergebnisse auf die Erkrankung zurückgeschlossen werden (act. IIA 160.1

S. 14). Zumal sich aus den Arztberichten ergibt, dass die verschiedensten behandelnden Ärzte unterschiedlichster Fachgebiete ihre Beurteilungen immer wieder auch in Unkenntnis der Feststellungen der Mitbehandler abgegeben haben und dementsprechend unkritisch auf die breite Beschwerdedarstellung der Beschwerdeführerin reagiert haben. Ob unter diesen Voraussetzungen tatsächlich jede Operation medizinisch indiziert war, braucht für die finale Invalidenversicherung nicht geklärt zu werden. Auch wenn inzwischen schwerwiegende Operationen vorgenommen wurden, ist dies invalidenversicherungsrechtlich nicht von Bedeutung, weil durch die Operationen keine Folgen resultierten, die die Arbeitsfähigkeit einschränken würden.

Invalidenversicherungsrechtlich ebenfalls nicht von Bedeutung ist das (angebliche) Zervixkarzinom (act. IIA 151 S. 2 ff., act. IIA 171 S. 2, BB 10 f.). Ein maligner Charakter wurde zu keinem Zeitpunkt labortechnisch bestätigt. Es wurden zwar Zeichen einer HPV-Infektion erhoben, jedoch effektiv allein eine niedriggradige Plattenepitheldysplasie diagnostiziert (LSIL/CIN 1 [B15.30774], act. IIA 151 S. 2). Auf jeden Fall wurde die Beschwerdeführerin nach der Verdachtsdiagnose sofort operiert und die Behandlung ohne Weiterungen abgeschlossen. Der Eingriff verlief deshalb ohne invalidenversicherungsrechtlich relevante Folgen. Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat dieser Eingriff auch aus erweiterter interdisziplinärer Sicht zweifellos nicht. Dass der Gutachter Dr. med. C. _____ darauf allein sehr oberflächlich eingegangen ist (act. IIA 160.1 S. 17) und die Berichte in seinem Gutachten nicht aufgeführt hat, ändert nichts.

Schliesslich bestätigten auch die aktenkundigen Berichte der behandelnden Ärzte die gutachterliche Einschätzung. Entgegen der in der Beschwerde dramatisierenden Darstellung haben auch die behandelnden Rheumatologen darauf hingewiesen, dass ein „HLA-B27 positiv“ ein mögliches Anzeichen für eine Erkrankung ist, jedoch für sich keine Diagnose bzw. Schlüsse auf Erkrankungen zulässt. Lang nicht alle HLA-B27 positiven Menschen sind krank oder erkranken und nicht alle Erkrankten sind HLA-B27 positiv. Insoweit liegt ein Indikator vor. Er erlaubt jedoch weder direkt die Diagnose noch die Festlegung allfälliger konkreter Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit im Falle der Erkrankung (act. II 116 S. 29). Selbst wenn die Be-

schwerdeführerin betreffend letztlich von einer reaktiven Arthritis auszugehen wäre, würde diese Erkrankung eine massgebliche Einschränkung nicht per se begründen. Vielmehr hat auch Dr. med. K. _____ diese als in Remission bezeichnet (act. IIA 139 S. 13). Einzelne (vermutete) Schübe waren bis anhin gut behandelbar und bereits jeweils nach kurzer Zeit nicht mehr mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verbunden (act. IIA 132, 134 S. 3). Dass sich eine reaktive Arthritis jederzeit aktivieren kann, begründet auf jeden Fall nicht, die (prospektive) Annahme einer Unverwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit (zu der Problematik des Medikamentenabusus mit Medikamentennebenwirkung vgl. act. IIA 134).

Sowohl bildgebend (act. IIA 134 S. 1, 139 S. 8) wie auch neurologisch konnten die geklagten Beschwerden nicht objektiviert werden (act. II 116 S. 23 ff., act. IIA 139 S. 8 f.). Der Neurologe Prof. Dr. med. S. _____ hat gar klar ausgeführt, dass er die Beschwerden als psychogen beurteilt (act. IIA 141). Diese Beurteilung steht auch im Einklang mit der Einschätzung der anderen Psychologen im 2015, welche dies bestätigen und deutlich auf funktionelle Beschwerden hingewiesen haben (act. IIA 139 S. 8 f.).

Ferner ist der Umstand, dass die Beschwerdeführerin immer wieder Ärzte findet, die ohne eindeutige Indikation und insbesondere ohne sich vorgängig eine Gesamtübersicht verschafft zu haben (vgl. insbesondere die jeweils allein bruchstückhaften Diagnoselisten) offenbar allein auf ihr Gebiet fokussierend operiert haben (z.B. Facettengelenksinfiltration [act. II 116 S. 17 – 22], Thermoablation [act. II 116 S. 16]), wobei bildgebend kaum Befunde erhoben werden konnten, nicht geeignet, das Gutachten in Frage zu stellen.

4.2.2 Auch die psychiatrische Begutachtung von Dr. med. D. _____ vom 4. Januar 2016 (act. IIA 161.1) überzeugt. Der psychiatrische Gutachter hat nachvollziehbar dargelegt, dass, obwohl immer wieder auch die Frage nach einer mitwirkenden psychiatrischen Komponente in den Raum gestellt worden war (z.B. auch Suchtstörung [Medikamente, Alkohol, Anorexia]), eine solche Störung nicht diagnostiziert werden kann. Des Weiteren hat er sich auch überzeugend zur Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F68.1) geäussert (S. 8 und 12). Es kann dementsprechend nicht von einer massgeblichen psychischen Störung ausgegangen werden. Dies überzeugt

auch deshalb, weil deutliche Anzeichen für eine erhebliche Aggravation bzw. gar ein manipulatives Verhalten gegenüber den Ärzten und ihrer Umgebung bestehen. So präsentierte sich die Beschwerdeführerin gegenüber dem Abklärungsdienst (anders als gegenüber den Ärzten) im Abklärungsgespräch als in hohem Grade hilflos. Sie könne zuweilen allein durch die offene Tür des Schlafzimmers Anweisungen an die Familienmitglieder geben und sich nicht mehr aus dem Bett bewegen (act. IIA 162 S. 2 und 8). Daneben fällt auf, dass die Versicherte in ihren Aussagen gegenüber den Ärzten wie auch der Versicherung offensichtlich Inkonsistenzen aufweist. So machte die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. med. AB._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, eine Unverträglichkeit auf Milchprodukte seit vier Jahren geltend (act. II 116 S. 28), was Dr. med. AC._____, Facharzt für Gastroenterologie, festgestellt habe, wobei dieser Facharzt solches jedoch gar nicht attestiert hat. Vielmehr hat er eine Laktoseintoleranz als eher unwahrscheinlich bezeichnet (act. II 116 S. 33 f.). Hinsichtlich der Handproblematik hatte die Beschwerdeführerin dem behandelnden Arzt rechtzeitig Kunstfehler vorgeworfen (act. II 2 S. 5). Anlässlich der Begutachtung bei Dr. med. C._____ machte sie hingegen wiederholte Retraumatisierungen durch den Ehemann geltend (act. IIA 160.1 S. 2). In den echtzeitlichen Akten finden sich keine Hinweise auf diese neuste Darstellung. Eine definitiv andere Darstellung präsentierte sie schliesslich gegenüber Dr. med. D._____, wonach der Ehemann „das linke Handgelenk zertrümmert“ habe (act. IIA 161.1 S. 4). Wobei sie auch gegenüber Dr. med. D._____ andernorts wiederum einzig von einer Heilungsverzögerung gesprochen hat (act. IIA 161 S. 5). Inkonsistenzen ergeben sich auch hinsichtlich der Medikation. Der rheumatologische Gutachter hat nachvollziehbar auf die Wirkzeiten hingewiesen (act. IIA 160.1 S. 14), die in einem unauflösbaren Kontrast zu der von der Versicherten subjektiv geschilderten Wirkung von Medikamenten stehen (letztmals ausdrücklich im Abklärungsbericht [act. IIA 162 S. 2]). Schliesslich stellt die Beschwerdeführerin auch die finanzielle Lage nicht korrekt dar (vgl. act. IIA 161.1 S. 7 und die Erhebungen zur unentgeltlichen Rechtspflege im vorliegenden Verfahren – insbesondere erhielt sie gemäss Steuerunterlagen entgegen ihren Behauptungen durchaus Alimente für ihre Kinder [BB 17.1], zur beruflichen Situation vgl. zudem E. 5.3 hiernach).

4.2.3 Nach der Begutachtung durch die Dres. med. C._____ und D._____ ist eine weitere Operation erfolgt. Gemäss den Berichten der zuständigen Ärzte wurde eine laparoskopische subtotale (d.h. nicht vollständige) Kolektomie (Dickdarmentfernung [act. IIA 171 S. 2 – 4]) vorgenommen. Es handelt sich hierbei zweifellos nicht um eine Bagatell-Operation. Sie hat Folgen für das Wohlbefinden (wobei hier positive Folgen erwartet wurden, ansonsten die Operation nicht hätte durchgeführt werden dürfen) und die Lebensgestaltung (Diät, vermehrte Toilettengängen). Dies bewirkt jedoch bei allein erhöhter Frequenz von Toilettengängen keine massgebliche Einschränkung in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die behandelnden Ärzte haben objektiv einen guten Verlauf (im Gegensatz zur Beschwerdeführerin selbst) feststellen können und die Betreuung abgeschlossen (act. IIA 171 S. 4). Die RAD-Beurteilung vom 8. September 2016 (act. IIA 174 S. 3 f.) des hierfür fachärztlich zuständigen Internisten, welche keine längerdauernde Einschränkung aus dieser Operation ableitet, überzeugt deshalb. Auf diese kann in Ergänzung zum interdisziplinären Gutachten ohne weiteres abgestellt werden. Dabei kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten, dass diese Beurteilung ihr erst zusammen mit der Verfügung vom 22. September 2016 (act. IIA 176) zugestellt worden ist, enthält diese doch keine zur gutachterlichen Einschätzung abweichende Schlussfolgerung.

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, sie sei nur einmalig begutachtet worden, ist darauf hinzuweisen, dass es für den Beweiswert eines Gutachtens weder auf die Anzahl noch die Dauer der Untersuchungen als vielmehr auf dessen Inhalt ankommt (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. April 2014, 8C_603/2013, E. 4.1). Angesichts der dargestellten gutachterlichen Befundaufnahme und Diskussion sowie der gesamten umfangreichen medizinischen Aktenlagen bestehen weder Anzeichen dafür, dass die Gutachter nicht lege artis vorgegangen wären, noch an der Einschätzung des RAD Zweifel anzubringen wären.

4.2.4 An der Schlüssigkeit vermögen schliesslich auch die seither verfassten und im vorliegenden Verfahren von der Beschwerdeführerin aufgelegten Berichte von Prof. Dr. med. AD._____, Facharzt für Neurologie, vom 15. Februar 2017 (BB 18) nichts zu ändern. Nach dem Erlass der Ver-

fügung verfasste Arztberichte sind in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlauben (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Dies ist hier nicht der Fall. Die Beschwerdeführerin hat den Neurologen im Zusammenhang mit zu Beginn des Jahres 2017 neu aufgetretenen Schmerzen aufgesucht. Dessen Beurteilungen beziehen sich auf einen hier nicht massgebenden Zeitpunkt, da sich die Rechtmässigkeit der angefochtenen Verfügung nach dem Sachverhalt, der zur Zeit ihres Erlasses gegeben war, beurteilt. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Wobei schliesslich einmal mehr fraglich erscheint, ob dieser weitere behandelnde Arzt (bereits) vollständige Aktenkenntnis hat.

4.3 Der medizinische Sachverhalt ist genügend abgeklärt. Entgegen dem Antrag der Beschwerdeführerin ist eine erneute interdisziplinäre bzw. gar pluridisziplinäre Abklärung nicht erforderlich.

Zusammenfassend steht fest, dass der Beschwerdeführerin sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht seit der Anmeldung zum Leistungsbezug im August 2014 (act. II 113) bzw. dem frühest möglichen Rentenbeginn im Februar 2015 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 22. September 2016 (act. IIA 176) in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit eine 100%-ige Arbeitstätigkeit zumutbar ist (act. IIA 160.2, 147 S. 3).

5.

5.1 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 Erwerbstätig-

keit 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 142 V 290 E. 4 S. 293).

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, 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 und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293).

5.1.1 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). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlöhnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

5.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöh-

ne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, kann der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) um bis zu maximal 25% gekürzt werden, wenn persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität resp. Aufenthaltskategorie oder Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben und die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

5.2 Sowohl die anwendbare Methode der Invaliditätsbemessung als auch der Status von 50 % Erwerb bzw. 50 % Haushalt (act. IIA 176 S. 2) werden von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet und sind im Ergebnis denn auch nicht entscheidend.

Die Ergebnisse des anlässlich der Abklärung an Ort und Stelle (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV; Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], gültig ab 1. Januar 2010, Rz. 2114 ff.) vom 3. März 2016 durchgeführten Betätigungsvergleichs werden zu Recht nicht bestritten (vgl. zum Beweiswert eines Abklärungsberichts: BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63); im entsprechenden Bericht vom 10. März 2016 (act. IIA 162 S. 2 ff.) ergab sich keine Einschränkung im Haushalt (act. IIA 162 S. 11 f. Ziff. 7 f.), was im Lichte des gutachterlich erhobenen Zumutbarkeitsprofils (vgl. E. 4.3 hiavor) überzeugt.

5.3 In Bezug auf die beruflichen Fähigkeiten behauptet die Beschwerdeführerin, über verschiedene Abschlüsse zu verfügen (act. II 116 S. 20). Aktenmässig erstellte Tatsache ist aber, dass sie nie eine Ausbildung abgeschlossen hat, allein jeweils kurzzeitige Anstellungen inne gehabt hat und keine verwertbare Weiterbildung ausgewiesen ist (vgl. nochmals act. IIA 160.1 S. 4). Für die Bestimmung des hypothetischen Validenein-

kommens sind deshalb die Tabellen der LSE heranzuziehen (vgl. E. 5.1.1 hiervor). Abzustellen ist auf den Wert „Total“ von Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1 (Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Frauen, welcher Fr. 4'300.-- pro Monat beträgt.

Die Beschwerdeführerin wäre (unabhängig vom Status) in einer angepassten Tätigkeit wie im Haushalt sofort vollumfänglich einsetzbar. Indem sie ihre zumutbare medizinisch-theoretische Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit (vgl. E. 4.3 hiervor) nicht verwertet, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens ebenfalls auf statistische Werte gemäss LSE 2014 abzustellen, wobei dieselbe Tabellenposition wie beim Valideneinkommen zu berücksichtigen ist. Eines zusätzlichen leidensbedingten Abzugs bedarf es nicht, ist der Beschwerdeführerin doch eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit vollschichtig bei lediglich geringen Einschränkungen zumutbar und sind die übrigen, praxismässig zu berücksichtigenden Kriterien (vgl. E. 5.1.2 hiervor) nicht erfüllt. Bei einem im Maximum 25 %-igen Abzug würde sich im Ergebnis selbst bei Berücksichtigung eines solchen – vorliegend nicht angezeigten – Abzugs nichts ändern.

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich rechtsprechungsgemäss deren genaue ziffernmässige Ermittlung: Der Invaliditätsgrad entspricht diesfalls dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, womit auch im Bereich Erwerb (unabhängig vom Status) keine Invalidität vorliegt (Entscheid des BGer vom 25. November 2016, 9C_532/2016, E. 3.1).

6.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 22. September 2016 (act. IIA 176) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

7.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

7.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat weder die Beschwerdeführerin (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch die obsiegende Beschwerdegegnerin als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern einen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwältin lic. iur. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 10. März 2017)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in 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.