

200 16 273 IV  
LOU/PRN/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 8. September 2017**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiberin Prunner

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. Januar 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1966 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im April 2005 unter Hinweis auf Nackenschmerzen und eine Depression bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 3). Nach Einholung diverser erwerblicher und medizinischer Unterlagen verfügte die IVB am 27. Januar 2006 bei einem Invaliditätsgrad von 31% die Abweisung des Leistungsbegehrens (AB 17).

Im September 2010 meldete sich die Versicherte neu bei der IVB zum Leistungsbezug an. Als Art der Behinderung gab sie chronische Schmerzen und Depressionen an (AB 27). In der Folge veranlasste die IVB wiederum verschiedene Abklärungen und gewährte im August 2011 Kostengutsprache für ein Hörgerät (AB 47). Nach Abschluss der durchgeführten beruflichen Eingliederungsmassnahmen im Mai 2012 (vgl. AB 63) veranlasste die IVB eine bidisziplinäre Begutachtung durch Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie (AB 69.2; Gutachten vom 1. Februar und 4. März 2013, AB 69.1, 72.1) und einen Abklärungsbericht Haushalt vom 17. Mai 2013 (AB 74). Mit Verfügung vom 26. August 2013 wies die IVB - nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 75) - das Leistungsbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 20% ab (AB 86). Diese Verfügung blieb unangefochten.

### **B.**

Nach einer Früherfassung im März 2014 (AB 89) meldete sich die Versicherte im Juni 2014 erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (AB 101). Daraufhin holte die IVB unter anderem ein polydisziplinäres Gutachten der E. \_\_\_\_\_ (MEDAS) vom 28. September 2015 ein (AB 133.1 - 133.6). Mit Vorbescheid vom 8. Oktober 2015 stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 26% die Abweisung des Leistungsbegehrens

in Aussicht (AB 134). Auf den hiergegen erhobenen Einwand (AB 142) hin veranlasste die IVB eine Stellungnahme der MEDAS vom 23. Dezember 2015 (AB 147) sowie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 27. Januar 2016 (AB 148) und verfügte anschliessend am 29. Januar 2016 wie angekündigt (AB 149).

### C.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 2. März 2016 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 29. Januar 2016 sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente seit wann rechtens auszurichten.
2. Eventualiter: Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 29. Januar 2016 sei aufzuheben und die Sache sei zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen verbunden mit der Anordnung, eine neue Verfügung im Sinne der Beschwerde zu erlassen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Zur Begründung liess die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vorbringen, auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS könne nicht abgestellt werden. Dieses stehe im Widerspruch zu den Beurteilungen der behandelnden Fachärzte. Zudem sei darin eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab dem 27. Mai 2015 nicht berücksichtigt worden. Sodann entspreche das polydisziplinäre Gutachten nicht den Anforderungen der aktuellen bundesgerichtlichen Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281. Es sei von einer Arbeitsfähigkeit von höchstens 20% auszugehen.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Mai 2016 beantragte die IVB - unter Hinweis auf eine Stellungnahme der MEDAS vom 26. April 2016 (Beilage Beschwerdeantwort) - die Abweisung der Beschwerde.

In den Eingaben vom 2. November und 5. Dezember 2016 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

## **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** Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 29. Januar 2016 (AB 149). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

**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).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

**2.2.1** Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

**2.2.2** Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Dem diagnose-inhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung ist vermehrt Rechnung zu tragen (BGE 142 V 106 E. 3.3

S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 286). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt sodann nur vor, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

Aus Gründen der Rechtsgleichheit ist es geboten, sämtliche mit somatoformen Schmerzstörungen vergleichbaren psychosomatischen Leiden den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 141 V 281 E. 4.2 S. 298, 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V

64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283). Die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze sind deshalb analog anwendbar auf eine Fibromyalgie (BGE 139 V 547 E. 2.2 S. 550, 137 V 64 E. 4.2 S. 68, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 132 V 65 E. 4 S. 70).

**2.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine 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.

## **2.4**

**2.4.1** Wurde eine Rente 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 (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]).

**2.4.2** 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).

**2.4.3** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

**2.5** 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 eingetreten, womit die Eintretensfrage gerichtlich nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob eine für den Leistungsanspruch potentiell relevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, wobei der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen, rentenablehnenden Verfügung vom 26. August 2013 (AB 86) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 29. Januar 2016 (AB 149) zu vergleichen ist (E. 2.4.3 hiavor).

**3.2** Die Rentenablehnung im August 2013 erfolgte aus medizinischer Sicht gestützt auf die bidisziplinäre Begutachtung durch die Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_. Im psychiatrischen Gutachten vom 1. Februar 2013 diagnostizierte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger depressiver Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F33.0/10). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er akzentuierte (histrionische) Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1; AB 69.1, S. 14). Dr. med. D.\_\_\_\_\_ stellte im rheumatologischen Gutachten vom 4. März 2013 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er ein unspezifisches chronisches Schmerzsyndrom, vereinbar mit einer generalisierten Fibromyalgie (ICD-10: M97.7), Tendomyosen, Muskeldysbalance und Muskeldekonditionierung, eine chronische Gastritis mit mässigem Helicobakterbefall und diskrete Bulbitis duodeni, eine leichte normochrome, normocytäre Anämie, anamnestisch, aktuell (14. Januar 2013) keine Anämie, und eine Vitamin D3-Insuffizienz, anamnestisch 25-OH Vitamin D3 32nmol/l (AB 72.1, S. 19).

Die Neuanmeldung im Juni 2014 erfolgte nunmehr aufgrund von Ende 2013 erstmals aufgetretenen unbestrittenen Schwindelbeschwerden (vgl. AB 96). Damit ist auf medizinischer Ebene eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes erstellt und es erfolgt eine allseitig freie Prüfung (vgl. 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).

**3.3** Bezüglich des medizinischen Sachverhalts lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.3.1** Die Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 23. April 2014 ein choleovestibuläres Defizit links, Differentialdiagnose Verdacht auf Morbus Ménière, und eine bekannte Migräne (AB 96, S. 1).

Im Bericht vom 23. Juni 2014 diagnostizierten die Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_\_ ein choleovestibuläres Defizit links, Verdacht auf Migräne. Prinzipiell seien Arbeiten, die im Sitzen stattfänden sowie bei denen Pausen eingelegt werden könnten, denkbar. Eine teilweise Eingliederung sei denkbar. Es sollte Abstand genommen werden von Arbeiten in Höhe, an exponierten Orten sowie im Strassenverkehr. Es wurde eine weitere neurologische Abklärung der Migräne empfohlen (AB 100, S. 2; vgl. auch AB 111).

Im Bericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 24. Juli 2014 wurde anlässlich einer otologischen Sprechstunde am 21. Juli 2014 ein choleovestibuläres Defizit links bei Hörsturz links, ein Verdacht auf Migräne, chronische Schmerzen, eine chronische Depression unter psychosomatischer Behandlung und ein chronischer Tinnitus links diagnostiziert. Es wurde eine Gesamtbeurteilung empfohlen (AB 110, S. 1; vgl. auch AB 119).

Die Ärzte der Klinik G. \_\_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 7. Oktober 2014 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf vestibuläre Migräne (AB 112, S. 2). Die Arbeitsfähigkeit konnte aufgrund der vorliegenden Angaben nicht beurteilt werden (AB 112, S. 3).

**3.3.2** Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 26. Januar 2015 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Schmerzsyndrom vorwiegend zervikobrachial mit somatischer und psychischer Aetiologie, eine rezidivierende depressive Störung und eine vestibuläre Migräne mit Verdacht auf Schwindel und Kopfschmerzen sowie Tinnitus. Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 70% bis Ende 2013 und von 100% vom 3. Januar bis am 7. April sowie vom 30. November bis am 7. Dezember 2014. Die übrige Zeit habe eine Arbeitsfähigkeit von 2 x 3h pro Woche bis heute und auf weiteres bestanden (AB 122, S. 2).

**3.3.3** Im polydisziplinären Gutachten vom 28. September 2015 diagnostizierten die Ärzte der MEDAS mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), ein chronisches cervikovertebrales Syndrom, eine chronische Periarthropathia humeroscapularis links mit endphasiger Bewegungseinschränkung und ein vestibulokochleäres Defizit links (Erstdiagnose Januar 2014 Spital K. \_\_\_\_\_). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F54), akzentuierte (histrionische) Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73), eine chronische Gastritis bei Zustand nach HP-Infektion 2010, ein Colon irritabile (aktenanamnestisch), eine Sinustachykardie, ein Zustand nach Appendektomie 2010, ein Status nach Commotio cerebri (2. Dezember 2013) und eine Fibromyalgie diagnostiziert (AB 133.1, S. 21).

Aus otoneurologischer Sicht ergäbe sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, auch in einer optimal adaptierten Tätigkeit, von 30%. Rheumatologisch bestehe in einer optimal adaptierten Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit, in der bisherigen Tätigkeit als ... bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20%. Da die Einschränkungen des Belastungsprofils den Bewegungsapparat betreffen würden und dabei deutlich weniger ausgeprägt seien als von der otoneurologischen Gutachterin beschrieben, ergäbe sich hier in der bisherigen Tätigkeit kein höherer Wert als 30% (in einer optimal adaptierten Tätigkeit komme eine Steigerung des Wertes von 30% aus rheumatologischen Gründen von Vorneherein nicht in Frage, da gemäss Rheumatologe in einer optimal adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100% vorliege). Was das psychiatrische Fachgebiet anbelange, bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30%. Daraus ergäbe sich aber keine Steigerung des schon otoneurologisch-bedingten Wertes von 30% in der bisherigen und in einer leidensadaptierten Tätigkeit. Integral, unter Berücksichtigung sämtlicher beteiligter Fachgebiete, ergäbe sich eine Arbeitsfähigkeit von 70% sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ..., als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit (AB 133.1, S. 23 f.).

**3.3.4** Vom 1. September bis am 7. Oktober 2015 war die Beschwerdeführerin in der Klinik I. \_\_\_\_\_ in stationärer Behandlung. Im Bericht vom 21. Oktober 2015 diagnostizierten die Ärzte eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2; Beschwerdebeilage [BB] 5, S. 1). Für die Dauer des Klinikaufenthaltes wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100% attestiert (BB 5, S. 4).

**3.3.5** In der Stellungnahme vom 23. Dezember 2015 bestätigten die Gutachter der MEDAS ihre polydisziplinäre Beurteilung vom 28. September 2015 (AB 147).

Mit Schreiben vom 27. Januar 2016 führte der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, aus, die Stellungnahme vom 23. Dezember 2015 sei nachvollziehbar, schlüssig und aussagekräftig (AB 148).

**3.3.6** Die Ärzte der Klinik F. \_\_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 17. Februar 2016 einen non pulsatilen, tief- wie hochfrequenten Dauertinni-

tus Grad III links. Als Nebendiagnosen nannten sie ein choleovestibuläres Defizit links, einen Verdacht auf vestibuläre Migräne, Spannungskopfschmerzen, schmerzmittelinduzierte Kopfschmerzen, eine rezidivierende depressive Störung sowie eine Angststörung mit Panikattacken (BB 6, S. 1).

**3.3.7** In der Stellungnahme vom 26. April 2016 führten die Gutachter der MEDAS aus, aus psychiatrischer Sicht sei weiterhin an den Schlussfolgerungen des polydisziplinären Gutachtens vom 28. September 2016 (richtig: 2015) festzuhalten (Beilage Beschwerdeantwort).

**3.4** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 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 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).

**3.5** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das Gutachten der MEDAS vom 28. September 2015 (basierend auf einer psychiatrischen, allgemeinmedizinischen, neurologischen, otoneurologischen und rheumatologischen Un-

tersuchung, AB 133.1 - 133.6) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten - insbesondere der Berichte der Klinik F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ des Jahres 2014 sowie des Berichts von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 26. Januar 2015 (vgl. E. 3.3.1 f.) - sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet. Auch stehen die Fachbeurteilungen in Übereinstimmung untereinander und flossen in die interdisziplinäre Beurteilung ein (vgl. auch AB 147).

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, das psychiatrische Gutachten entspreche nicht den Anforderungen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 bzw. der Gutachter widme sich unter anderem nicht gehörig dem Komplex der Persönlichkeit, vermag dies am Beweiswert des Gutachtens der MEDAS nichts zu ändern. Wenn der psychiatrische Experte in seinem Teilgutachten vom 25. August 2015 die Standardindikatoren nach der neuen Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 (AB 133.2, S. 8 ff.) abhandelt, ist dazu festzuhalten, dass für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht unbesehen auf die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters abgestellt werden kann. Vielmehr ist die Frage der Arbeitsfähigkeit unter Beachtung der neu geschaffenen Indikatoren eine Rechtsfrage (BGE 141 V 281 E. 5 S. 304). Trotzdem tangieren entsprechende zusätzliche Ausführungen des Experten den Beweiswert eines Gutachtens nicht, soweit daraus keine Widersprüchlichkeiten hervorgehen. Dies ist hier nicht der Fall (vgl. dazu auch E. 3.7.2 hiernach). Insoweit ist das Vorbringen der Beschwerdeführerin unbehilflich.

**3.6** In somatischer Hinsicht wurde im neurologischen Teilgutachten schlüssig dargelegt, dass die Beschwerdeführerin an einem multifaktoriellen Schwindel leidet, weshalb Arbeiten auf Leitern, in grossen Höhen und an gefährlichen Maschinen gemieden werden sollten. Die Verdachtsdia-

gnose einer vestibulären Migräne konnte nicht bestätigt werden. Allerdings wurde dargelegt, dass an der Compliance der Beschwerdeführerin zu zweifeln und davon auszugehen ist, dass psychogene Momente bei den Anfällen wahrscheinlich die Hauptrolle spielen. Von neurologischer Seite her wurde ein sicheres organisches Korrelat verneint. Für die bisherige wie auch für eine angepasste Tätigkeit wird eine Arbeitsfähigkeit von 80% attestiert. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verwies die neurologische Gutachterin aber auch auf die otoneurologische Beurteilung (AB 133.4, S. 6 f.). Im otoneurologischen (HNO) Teilgutachten wurde nachvollziehbar ein vestibulokochleäres Defizit links (Erstdiagnose Januar 2014 Spital K.\_\_\_\_\_) festgestellt und vom 1. Januar bis am 30. April 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% attestiert. Seit dem 1. Mai 2014 sind Arbeiten, welche im Sitzen stattfinden, bei denen Pausen eingelegt werden können und mit einem niedrigen Bewegungsprofil - auch die angestammte Tätigkeit als ... - zu 70% zumutbar (AB 133.5, S. 3; vgl. auch AB 133.1, S. 25). Im überzeugenden rheumatologischen Teilgutachten wurde sodann dargelegt, dass die Beschwerdeführerin an Hals-, Nacken- und Schulterbeschwerden leidet. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wurde aufgrund von vermehrten Pausen und Durchführung von entlastenden Bewegungsübungen eine Arbeitsfähigkeit von 80% attestiert. Eine angepasste, körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne das Heben und Tragen von Lasten über 5 bis 10 kg und ohne Überkopfarbeiten ist vollschichtig zumutbar (AB 133.6, S. 5). Im internistischen Teilgutachten wurden keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) gestellt (AB 133.3, S. 5). Aus somatischer Sicht ist damit von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70% in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (vgl. AB 133.1, S. 23).

Die Einschätzung von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 26. Januar 2015, welcher eine Arbeitsunfähigkeit von 70% bis Ende 2013 und von 100% vom 3. Januar bis am 7. April sowie vom 30. November bis am 7. Dezember 2014 bzw. die übrige Zeit eine Arbeitsfähigkeit von 2 x 3h pro Woche bis heute und auf weiteres attestierte (AB 122, S. 2 f.), vermag daran nichts zu ändern. So ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass der Allgemeinmediziner in seiner Beurteilung auch psychiatrische Diagnosen miteinbezogen hat. Weiter ist festzustellen, dass Dr. med. H.\_\_\_\_\_ die von ihm attes-

tierten Arbeitsunfähigkeiten nicht weiter begründet und auch keine Ausführungen zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit macht.

### **3.7**

**3.7.1** Im psychiatrischen Teilgutachten vom 25. August 2015 wird mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10: F33.0), diagnostiziert. Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit wurden psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F54) und akzentuierte (histrionische) Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73) diagnostiziert (AB 133.2, S. 7). Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung wurde verneint (AB 133.2, S. 8). Daran ändert nichts, dass die Ärzte der Klinik I. \_\_\_\_\_, wo die Beschwerdeführerin vom 1. September bis am 7. Oktober 2015 hospitalisiert war, im Austrittsbericht vom 21. Oktober 2015 eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) diagnostizierten (BB 5, S. 1). Bereits bei der Schilderung der Anamnese zeigen sich deutliche Hinweise für eine übertriebene Beschwerdeschilderung. So erscheint es unglaubwürdig, wenn die Beschwerdeführerin angibt, sie „vergesse manchmal zu atmen“ und sie könne sich „gar nicht mehr konzentrieren, vergesse eigentlich alles, was ihr wichtig sei“. So berichtet sie andererseits doch relativ detailliert über länger zurückliegende Aspekte ihrer Krankengeschichte. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass bereits Dr. med. C. \_\_\_\_\_ wie auch der psychiatrische Gutachter der MEDAS Inkonsistenzen feststellten (vgl. AB 69.1, S. 18; 133.2, S. 8). Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin die Klinik I. \_\_\_\_\_ nach fünf Wochen auf eigenen Wunsch verliess, spricht weiter gegen einen grossen Leidensdruck, zumal sie vorher noch nie in einer stationären psychiatrischen Behandlung war (vgl. Schreiben der MEDAS vom 26. April 2016, Beilage Beschwerdeantwort).

Indessen ist die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode, nach höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht per se invalidisierend. Die nachvollziehbare Diagnosestellung im psychiatrischen Gutachten bedeutet deshalb nicht ohne weiteres, dass der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von 30% (AB 133.2, S. 7 f.) unbe-

sehen gefolgt werden kann. Vielmehr stellt es eine von der Verwaltung bzw. vom Gericht zu prüfende Rechtsfrage dar, ob ein ärztlicherseits diagnostiziertes Leiden den Rechtsbegriff der invalidisierenden Krankheit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG erfüllt (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 29. Juni 2011, 9C\_176/2011, E. 4.1). So wird bei leichten bis mittelschweren Störungen aus dem depressiven Formenkreis, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung angenommen, dass - aufgrund der nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung regelmässig guten Therapierbarkeit - hieraus keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert (Entscheidung des BGer vom 15. Mai 2017, 8C\_753/2016, E. 4.3). Somit ist im vorliegenden Fall keine die Leistungsfähigkeit beeinträchtigende psychische Erkrankung im Sinne des Gesetzes (Art. 4 Abs. 1 IVG) ausgewiesen, zumal ein Therapieversuch ausdrücklich empfohlen wird (AB 133.2, S. 12). In diesem Zusammenhang ist denn auch darauf hinzuweisen, dass der psychiatrische Gutachter Inkonsistenzen feststellte und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch eine Aggravation bejahte, weshalb eine versicherte Gesundheitsschädigung auch deshalb ausser Betracht fällt (AB 133.2, S. 8).

**3.7.2** Der im rheumatologischen Teilgutachten ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten Fibromyalgie wurde auch in der polydisziplinären Gesamtbeurteilung nach Konsens vom 23. September 2015 keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zuerkannt (AB 133.1, S. 22), mithin liegt keine für den Rentenanspruch wesentliche gesundheitliche Beeinträchtigung vor. Demnach braucht keine weitere Prüfung nach der neuen Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 zu erfolgen.

**3.8** Nach dem Gesagten ist überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer somatischen Einschränkungen vom 1. Januar bis 30. April 2014 zu 100% und seit dem 1. Mai 2014 - in ihrer bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit - zu 30% in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist.

Da der medizinische Sachverhalt hinreichend abgeklärt ist, kann im Rahmen der antizipierten Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) auf weitere Beweismassnahmen verzichtet werden.

#### **4.**

**4.1** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

**4.1.1** 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).

**4.1.2** 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 Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und

beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

**4.2** Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der Anmeldung bei der IVB im März 2014 (AB 89) sowie der attestierten Arbeitsunfähigkeit (von mindestens 40% ohne wesentlichen Unterbruch) seit Januar 2014 der 1. Januar 2015 (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 3 IVG). Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich vorzunehmen.

**4.3** Die Beschwerdeführerin arbeitet seit August 2008 - zunächst in einem 50%-Pensum und seit Oktober 2010 in einem Pensum von ca. 30% - als ... für die L.\_\_\_\_\_. Gemäss Fragebogen Arbeitgeber vom 12. Oktober 2010 erzielte sie seit dem 1. Oktober 2010 ein Jahreseinkommen von Fr. 14'495.-- (AB 32, S. 2). Gestützt auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 17. Mai 2013 wäre die Beschwerdeführerin auch ohne Gesundheitsschaden bei der L.\_\_\_\_\_ - überwiegend wahrscheinlich in einem 100%-Pensum - tätig (vgl. AB 74, S. 5 ff.). Aufgerechnet auf ein 100%-Pensum und aufindexiert auf das Jahr 2015 (BFS, Tabelle T1.2.10. Nominallohnindex, Frauen 2011 - 2016, Zeile G: Handel und Reparatur von Motorfahrzeugen, 2010 [100], 2015 [105.5]) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 50'974.10.

**4.4** Da die Beschwerdeführerin die ihr zumutbare Resterwerbsfähigkeit in der L.\_\_\_\_\_ mit einem Pensum von ca. 30% nicht voll ausnutzt, sind für die Berechnung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne heranzuziehen (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Abgestellt auf die LSE 2014, Tabelle TA1, Niveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Total, Frauen, ist von einem Einkommen von Fr. 4'300.-- pro Monat bzw. Fr. 51'600.-- pro Jahr auszugehen. Umgerechnet auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total, 2015) und aufindexiert auf das Jahr 2015 (BFS, Tabelle T1.2.10. Nominallohnindex, Frauen 2011 - 2016, Total,

2014 [103.6], 2015 [104.1]) ergibt dies ein Einkommen von jährlich Fr. 54'052.60 (Fr. 51'600.-- : 40 x 41.7 : 103.6 x 104.1). Unter Berücksichtigung der reduzierten Erwerbsfähigkeit von 30% (vgl. E. 3.8 hiervor) resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 37'836.85.

Da die medizinischen Einschränkungen bereits im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils bzw. der angepassten Tätigkeit berücksichtigt worden sind, ist ein behinderungsbedingter Abzug nicht vorzunehmen (Entscheid des BGer vom 5. Juli 2011, 8C\_261/2011, E. 7.3). Weiter ist festzustellen, dass auch keine invaliditätsfremden Gründe für einen Abzug vom Tabellenlohn vorliegen (Schweizer Bürgerin, im hier massgebenden Zeitpunkt 49 Jahre alt [AB 90]; vgl. E. 4.1.2 hiervor).

**4.5** Nach dem Gesagten resultiert bei einem Valideneinkommen von Fr. 50'974.10 und einem Invalideneinkommen von Fr. 37'836.85 eine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse von Fr. 13'137.25, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet (BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) 26% entspricht (vgl. E. 2.3 hiervor).

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 29. Januar 2016 (AB 149) als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## **5.**

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin (samt Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 5. Dezember 2016)
  - 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.