

200 16 519 IV
KNB/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. Februar 2018

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. April 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1958 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 30. März 2008 insbesondere unter Hinweis auf eine „Körpererschöpfung“, Muskelschwäche, Schwindel, Schmerzen sowie ein geschwächtes Immunsystem bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei liess sie die Versicherte durch Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Gutachten vom 10. Mai 2010; AB 52.1). Gestützt darauf stellte die IVB mit Vorbescheid vom 7. Juni 2010 (AB 53) mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht.

Nachdem sich die Versicherte damit nicht einverstanden erklärt hatte (AB 62), führte die IVB weitere medizinische Erhebungen durch. Dabei veranlasste sie insbesondere eine polydisziplinäre (internistische, psychiatrische, rheumatologische, endokrinologische) Begutachtung durch die Fachärzte der D._____ (MEDAS; Gutachten vom 19. Juli 2012; AB 89.1; vgl. auch Stellungnahme zum Gutachten vom 10. Dezember 2012; AB 103). Nach Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 105 und 110) stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 10. April 2013 (AB 111) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 58% die Zusprache einer vom 1. April 2010 bis am 31. August 2011 befristeten halben IV-Rente in Aussicht. Dagegen verneinte sie einen Rentenanspruch für die Zeit ab dem 1. September 2011. Mit diesem Vorbescheid zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden (AB 117). Daraufhin veranlasste die IVB auf Anraten des RAD (AB 120 und 121) eine (Nach)Begutachtung durch den rheumatologischen Gutachter der MEDAS (Gutachten vom 26. Februar 2014; AB 132.1).

Mit Vorbescheid vom 23. Juni 2014 (AB 133) stellte die IVB bei einem ermittelten IV-Grad von 58% wiederum die Zusprache einer vom 1. April 2010 bis am 31. August 2011 befristeten halben IV-Rente in Aussicht und

verneinte für die Zeit ab dem 1. September 2011 einen Rentenanspruch. Damit zeigte sich die Versicherte erneut nicht einverstanden (AB 138; vgl. auch AB 158). Nach Einholung einer Stellungnahme des rheumatologischen Gutachters der MEDAS (AB 150.1) und diversen Stellungnahmen des RAD (AB 153, 154, 164, 165) sprach die IVB mit Verfügung vom 29. April 2016 (AB 168) – wie im Vorbescheid angekündigt – eine vom 1. April 2010 bis am 31. August 2011 befristete halbe IV-Rente zu.

B.

Hiergegen liess die Versicherte am 30. Mai 2016 Beschwerde erheben und die kostenfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Rückweisung an die IVB zur Durchführung eines polydisziplinären Gutachtens in den Disziplinen Infektiologie, Endokrinologie, Orthopädie, Rheumatologie, Neuropsychologie und Innere Medizin beantragen. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und der Beschwerdeführerin ab September 2007 sowie in der Zeit vom 1. Mai 2010 bis 31. August 2011 mindestens eine Dreiviertelsrente und auch danach eine Teilrente der IV auszurichten.

In der Beschwerdeantwort schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

anwaltschaft (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 29. April 2016 (AB 168). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Folglich ist vorliegend der grundsätzliche Anspruch auf eine IV-Rente, unter Einschluss der vom 1. April 2010 bis am 31. August 2011 befristet zugesprochenen halben IV-Rente, zu prüfen.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturier-ten normativen Prüfungsrasters (Entscheid des Bundesgerichts [BGer vom 30. November 2017, 8C_130/2017 [zur Publikation vorgesehen] E. 7, BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden IV-Grades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (Entscheid des BGer vom 30. November 2017, 8C_130/2017, E. 7.2 [zur Publikation vorgesehen]).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durch-

führung 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).

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

2.5 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

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

3.

3.1 Bezüglich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

3.1.1 Prof. Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Allergologie und klinische Immunologie, diagnostizierte im Bericht vom 18. Januar 2008 (AB 8 S. 27 ff.) ein depressives Syndrom, eine labormässige Konstellation eines Common variable immunodeficiency Syndroms (CVID), eine Hashimoto Thyreoiditis, eine Atopie, eine intermittierende Diarrhoe und Gelenksbeschwerden. Die Beschwerdeführerin leide praktisch alle 14 Tage an grippe-ähnlichen Symptomen mit Gliederschmerzen, Kopfweh und retrosternalen Augenschmerzen (S. 27). Das eigentliche Leitsymptom eines Antikörpermangels, die rezidivierenden Infekte, fehle. Trotzdem könnte im Zusammenhang mit der Autoimmun-Thyreoiditis und den „wandernden“ Gelenkschmerzen eine gewisse Immuninkompetenz bestehen, wobei aber das Ausmass nicht sehr gravierend sei (S. 28). Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass es sich um ein depressives Syndrom handle, das durchaus im Zusammenhang mit der nicht verarbeiteten Trennung im Jahr 2000 zu beurteilen sei (S. 29).

3.1.2 Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, diagnostizierte im Bericht vom 24. April 2008 (AB 29 S. 10 f.) Polyarthralgien unklarer Denomination, ein rezidivierendes lumbovertebrales bis sakrales und zervikovertebrales bis thorakales Schmerzsyndrom sowie eine beginnende Arthrose des rechten Hüftgelenks, wenig links (S. 10). Die wandernden Arthralgien bis Periarthralgien verbunden mit grippe-ähnlichen Symptomen, die seit Jahren rezidierten und subjektiv mit Schwellungen im Bereich der Hände verbunden seien, könnten nicht objektiviert werden. Die weiterführenden Abklärungen zeigten insbesondere ein normales Röntgenbild der Hände sowie insgesamt keine Hinweise für ein entzündlich-rheumatologisches Leiden. Die von der Beschwerdeführerin immer wieder erwähnte Borreliose sei nicht weiter abgeklärt worden. Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Kompressionssymptomatik beständen nicht. Insgesamt bestehe ein umfassendes und vielseitiges Beschwerdebild, das bei depressivem Syndrom durchaus psychosomatische Anteile beinhalten könnte (S. 11).

3.1.3 Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im zuhanden der Taggeldversicherung der Beschwerdeführerin erstellten Gutachten vom 27. November 2008 (AB 32) eine hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2), welche durch diverse körperliche Beschwerden (Atopien, asthmatische Beschwerden, Magen-Darm-Beschwerden, Globusgefühl, rheumatologische Beschwerden) gekennzeichnet sei, die zumindest teilweise als psychogen verursacht zu betrachten seien. Die Beschwerdeführerin fixiere sich vollkommen auf die hypochondrischen Beschwerden, ohne dass sie eine Psychogenese zulasse. Die Ursache liege in einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, umfassend abhängige, ängstlich-vermeidende und histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10 F61.0), welche Jahrzehnte lang vorbestehend sei (S. 8). Die aktuell nachweisbare Psychopathologie wirke schwergradig, sodass sich daraus eine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen lasse. Allerdings sei der Beschwerdeführerin eine Arbeitswiederaufnahme in einem Teilzeitpensum zumutbar, sobald eine Stärkung ihrer Persönlichkeit resp. eine Linderung der hypochondrischen Beschwerden erfolgt sei. Deshalb empfahl der Gutachter die Durchführung einer stationären Behandlung (S. 9). Danach sollte eine Arbeitsaufnahme insbesondere in der Tätigkeit im ... zu 50% wieder möglich sein (S. 10).

3.1.4 Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Endokrinologie-Diabetologie, diagnostizierte im Bericht vom 28. November 2008 (AB 29 S. 1 ff.) insbesondere ein Erschöpfungssyndrom, eine Hashimoto Thyreoiditis sowie eine Früharthrose Hüfte rechts, weniger ausgeprägt Hüfte links. Ferner attestierte er ab dem 28. September 2007 bis auf weiteres eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1 und 3). Es bestehe ein absoluter Erschöpfungszustand, getriggert möglicherweise durch eine Virusinfektion, plurifaktoriell bedingt. Dies äussere sich so, dass auch einfachere und mittlere körperliche Arbeiten aktuell absolut nicht denkbar seien (S. 3). Im weiteren Verlauf bestätigte der Arzt das Bestehen einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit (AB 40 S. 1, 65).

3.1.5 Dr. med. F._____ diagnostizierte im Bericht vom 7. Mai 2009 (AB 40 S. 2 f.) neu eine PHS tendinotica Schulter rechts. Seit einem Sturz von Ende März (recte: 15. April 2009; AB 74.1) bestünden insbesondere

Schmerzen im Schulterbereich rechts (S. 2). Die Befunde ergäben eine Impingementsituation subakromial. Weiter finde sich eine diskrete Problematik im Bereich der langen Bizepssehne. Aktuell seien keine sicheren Hinweise auf eine Rotatorenmanschettenruptur auszumachen. Radiologisch fänden sich durchaus normale Befunde (S. 3).

3.1.6 Nachdem die Beschwerdeführerin zur Schadenminderung aufgefordert worden war (AB 37), begab sie sich vom 29. Mai bis 25. Juni 2009 in stationäre psychiatrische Behandlung in der Klinik P._____. Letztere diagnostizierte im Bericht vom 25. August 2009 (AB 41) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine ängstlich-depressive Entwicklung, aktuell mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F43.22, 32.1), somatoforme Funktionsstörungen (ICD-10 F45.3) und anamnestisch eine Neurasthenie (ICD-10 F48.8; S. 2). Während des Klinikaufenthaltes sei kein wirksames therapeutisches Arbeitsbündnis zustande gekommen, womit die Hospitalisation weitgehend erfolglos geblieben sei (S. 4). Der Gesundheitszustand bei Klinikaustritt lasse Eingliederungsmassnahmen bei der weiterbestehenden Arbeitsunfähigkeit als wenig erfolgversprechend erscheinen. Gleichzeitig ergäben sich aus dem kurzen Klinikaufenthalt zu wenig umfassende Informationen, um der komplexen Situation gerecht werden zu können (S. 6).

3.1.7 Daraufhin fand eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. C._____ statt. Dieser stellte im Gutachten vom 10. Mai 2010 (AB 52.1) keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) und eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0; S. 8). Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden hätten – ausser der bestehenden Hüftarthrose und der PHS der Schulter – somatisch nicht objektiviert werden können. Diesbezüglich müsse von einer psychischen Überlagerung ausgegangen werden. Eine depressive Störung liege mangels depressiver Symptome nicht vor (S. 9). Der Beschwerdeführerin könne es zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (S. 10).

3.1.8 Dr. med. F._____ führte im Bericht vom 19. November 2010 (AB 74.4 S. 5 f.) aus, im Verlauf habe sich aus dem PHS tedinotika eine „Fro-

zen Shoulder“ entwickelt, die sich zurzeit wiederum gebessert habe. Die Schmerzen hätten sich wesentlich reduziert. Die Beschwerdeführerin sei für Arbeiten als ... und als ... sicher zurzeit stark eingeschränkt. Ein Arbeitsversuch mit reduziertem Pensum sei jedoch sinnvoll. Dabei sollten die durchgeführten Arbeiten nicht über die Horizontale gehen und kein Heben schwerer Lasten beinhalten (S. 5).

3.1.9 Die Fachärzte der MEDAS diagnostizierten im polydisziplinären Gutachten vom 19. Juli 2012 (AB 89.1) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein Impingement Syndrom der rechten Schulter (ICD-10 M75.4) und eine regrediente „Frozen Shoulder“ rechts (ICD-10 M75.0). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten sie insbesondere eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 45.1), eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0), eine Hashimoto-Thyreoiditis und ein panvertebrales Schmerzsyndrom an (S. 34 f. Ziff. 6; vgl. auch AB 89.3 S. 12 Ziff. 3).

Aus psychiatrischer Sicht könne die vordiagnostizierte hypochondrische Störung mangels Überzeugung, an einer bestimmten Krankheit zu leiden, nicht aufrechterhalten werden. Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsstörung bestünden nicht. Zwar sei die Beschwerdeführerin rigide und hypernom mit einer Neigung zum Perfektionismus. Die Abweichung der Persönlichkeitsstruktur von der Mehrheit der Bevölkerung falle allerdings nicht erheblich genug aus (S. 25). Am meisten fielen die Diskrepanzen zwischen den beklagten Beschwerden und dem objektiven Befund auf. Die Beschwerdeführerin klage über schnelle Ermüdbarkeit und rasche Erschöpfbarkeit, präsentiere sich aber aktiv, agil, sthenisch und ohne Ermüdungsercheinungen. Deshalb könne die Meinung von Dr. med. C. _____, dass die Beschwerdeführerin Defizite aufweise, die ausschliesslich in ihrer subjektiven Wahrnehmung vorhanden seien, vollumfänglich geteilt werden. In Abwesenheit von signifikanten Komorbiditäten sei es der Beschwerdeführerin möglich, zur Überwindung der beklagten Sensationen eine zumutbare Willensanstrengung aufzubringen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 26 f.). Aus rheumatologischer Sicht zeige sich bei unauffälliger Beweglichkeit der gesamten Wirbelsäule eine leichtgradige Verspannung mit Betonung im zervikalen Bereich der paravertebralen Muskulatur. Hinweise auf eine Kompression von Nervenwurzeln fänden

sich nicht. Auffällig sei eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Ausmass der berichteten Beschwerden und den im Wesentlichen unauffälligen klinischen Befunden (S. 38). Nach dem Unfall vom 15. April 2009 sei (aufgrund der Schulterbeschwerden rechts) eine vorübergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eingetreten. Zum Zeitpunkt der Begutachtung habe sich eine deutliche, wenn auch unvollständige Besserung der Schulterfunktion gezeigt. Jedoch seien Überkopfarbeiten sowie körperlich schwere Tätigkeiten, und somit auch die angestammte Tätigkeit als ... mit teilweise mittelschweren und schweren Anteilen, nicht mehr zumutbar. Für die leichte Tätigkeit als ... bestehe aus rheumatologischer Sicht keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 32). Aus endokrinologischer Sicht wurden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit festgestellt (S. 33 f., S. 38).

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass die körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeit als ... aufgrund der seit dem Unfall vom 15. April 2009 bestehenden degenerativen Schultererkrankung nicht mehr zumutbar sei. In der aktuell ausgeübten Tätigkeit als ... – und in jeder anderen körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne die Notwendigkeit von Überkopfarbeiten und ohne Kraftanwendung von über 10kg – sei die Beschwerdeführerin nicht eingeschränkt. Diese Beurteilung gelte (spätestens) ab dem Gutachtenszeitpunkt, wobei davon auszugehen sei, dass bereits zwischen Januar und Mai 2011 in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit erreicht worden sei (S. 39 - 41).

3.1.10 Dr. med. H. _____ führte im Bericht vom 18. Januar 2013 (AB 104) aus, bei der Beschwerdeführerin hätten sich nach dem Schultertrauma massive Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule ausgebildet. Aufgrund des – von den MEDAS-Gutachtern nicht erwähnten – ausgeprägten Zervikovertebralsyndroms sei die Beschwerdeführerin sowohl als ... wie auch als ... höchstens zu 20% arbeitsfähig.

3.1.11 Auf Ersuchen der Beschwerdegegnerin nahm der RAD-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Tropen- und Reisemedizin, am 27. Februar 2013 zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit Stellung (AB 110). Ab April 2010 bis Januar 2011 sei eine angepasste Tätigkeit gemäss Zumut-

barkeitsprofil der MEDAS-Gutachter zu 50% zumutbar gewesen. Dies aufgrund der noch bestehenden Beschwerden und Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter. Spätestens seit September 2011 (Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung) sei eine angepasste Tätigkeit vollzeitig zumutbar.

3.1.12 Auf Anraten des RAD (AB 120 und 121) veranlasste die Beschwerdegegnerin eine (Nach)Begutachtung durch den MEDAS-Rheumatologen, Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie. Dieser diagnostizierte im Gutachten vom 26. Februar 2014 (AB 132.1) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein persistierendes myotendinotisches Impingement-Syndrom der rechten Schulter (ICD-10 M57.4) und eine regrediente „Frozen Shoulder“ rechts (ICD-10 M75.0). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er ein zervikal- und lumbalbetontes panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2/M54.5) und diffuse Polyarthralgien ohne organisches Korrelat (ICD-10 M25.5) an (S. 19 f.). Aufgrund sämtlicher klinischen Befunde bestehe kein Hinweis auf eine organisch bedingte Einschränkung der HWS. Im Vordergrund stehe eine myotendinotische Verspannung der paravertebralen Muskulatur, die einen funktionellen Charakter beweise, da sie im Sitzen und im Liegen eine unterschiedliche Intensität aufweise (S. 22). Die bildgebend festgestellten degenerativen Veränderungen (der HWS) könnten das Ausmass der subjektiven Beschwerden und der vorhandenen muskulären Dysbalance kaum erklären (S. 25). Weiter bestätigte der Gutachter das im MEDAS-Gutachten vom 19. Juli 2012 erstellte Zumutbarkeitsprofil. Relevante objektivierbare Verschlechterungen am Bewegungsapparat liessen sich nicht feststellen (S. 27 f.).

Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin nahm Dr. med. J._____ am 1. April 2015 nochmals Stellung (AB 150.1). Aus der Aktenlage ergäben sich eine Vielzahl von Hinweisen auf das Vorliegen einer psychischen (psychosomatischen) Störung und spreche nichts für das Vorliegen einer chronischen Borreliose als Ursache der Beschwerden. Die jetzige Argumentation im Einwand (AB 138) sei erneut Ausdruck der Somatisierungsstörung, indem jeder psychosomatische Zusammenhang in Richtung eines rein somatischen (diffusen) Krankheitskonzepts verschoben werde. Die behauptete Störung einer chronischen (Neuro-)Borreliose müsste viele

Jahre zurückreichen. Bei völlig normaler neuropsychologischer Testung 2009 sei es nicht plausibel, weshalb nun basierend auf dieser (nicht vorliegenden) Borreliose eine neuropsychologische Störung eingetreten sein sollte (S. 4).

3.1.13 Der RAD-Arzt Dr. med. K. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, führte im Aktenbericht vom 11. Mai 2015 (AB 153 S. 12 f.) aus, das Gutachten von Dr. med. J. _____ vom 26. Februar 2014 sei absolut nachvollziehbar und könne nicht beanstandet werden. Soweit die Beschwerdeführerin geltend mache, dass bei ihr eine chronische Borreliose Stadium 3 bestehe, sei anzumerken, dass eine positive Borrelienserologie in der Schweiz sehr häufig sei (generell um 10%) und nicht jede Serokonversion mit einer Erkrankung einhergehe. Das Stadium 3, welches einer chronischen Neuroborreliose entspreche und sehr selten auftrete, gehe z.B. mit einer Enzephalitis, Enzephalomyelitis, Meningoenzephalitis und Radikulomyelitis einher. Sämtliche dieser Diagnosen seien bei der Beschwerdeführerin nie gestellt worden. Um ein Post-Lyme-Syndrom mit Beschwerden wie z.B. Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, rascher Erschöpfbarkeit diagnostizieren zu können, seien dokumentierte frühere Stadien und entsprechende durchgeführte antibiotische Behandlungen nötig. Diese seien von den langjährigen behandelnden Ärzten nicht dokumentiert. Auch eine krankheitsbeweisende Gonarthrit oder eine Acrodermatitis atrophicans seien nicht dokumentiert. Die Schlussfolgerung von Dr. med. J. _____, dass die von der Beschwerdeführerin geschilderten Symptome am ehesten Ausdruck der Somatisierungsstörung sei, sei nachvollziehbar (S. 12).

3.1.14 Der RAD-Arzt Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bestätigte im Aktenbericht vom 5. Oktober 2015 (AB 164 S. 12), dass keine objektiven Hinweise auf das Vorliegen einer Borreliose bestünden. Es lägen aber viele Probleme vor, die mit hoher Wahrscheinlichkeit unter dem Begriff einer undifferenzierten Somatisierungsstörung zusammengefasst werden müssten.

3.1.15 Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im – im Beschwerdeverfahren eingereichten – Bericht vom 27. Januar 2016 (Beschwerdebeilage [BB] 6) einen chronischen Sympto-

menkomplex mit Erschöpfung, wandernden Gelenk- und Weichteilschmerzen und Schwindel sowie chronisch rezidivierende Abdominalschmerzen. In der RAC kontrollierten Störfelddiagnostik imponiere eine ausgeprägte Infektbelastung mit *Borrelia burgdorferi*, etwas weniger stark Epstein-Barr-Virus. Die klinische Besserung der Borreliose-Therapie mittels Templax-Implantaten nehme mindestens ein Jahr in Anspruch.

3.1.16 Dr. med. N._____ führte im Bericht vom 12. Februar 2017 (BB 7) aus, die Beschwerdeführerin sei im September 2015 zur Abklärung einer chronischen Borreliose bei ihm gewesen. Sowohl die von der Beschwerdeführerin ausgefüllte Checkliste wie auch das Ergebnis der Serologie habe einen dringenden Verdacht auf eine chronische Borreliose ergeben, woraufhin im Oktober 2015 eine antibiotische Therapie verschrieben worden sei. Seither habe er die Beschwerdeführerin nicht mehr gesehen und auch keine Rückmeldung erhalten.

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Die MEDAS-Gutachter haben sich in ihren ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllen das polydisziplinäre Gutachten vom 19. Juli 2012 (AB 89.1) und das rheumatologische (Verlaufs-)Gutachten vom 26. Februar 2014 (AB 132.1) samt Stellungnahme vom 1. April 2015 (AB 150.1) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Auf diese Gutachten ist – wie nachfolgend dargelegt wird – abzustellen.

3.3.1 Bezüglich des Gesundheitszustandes und der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit haben die MEDAS-Gutachter unter Beizug der klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10 (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 f.) einlässlich begründet, dass die Beschwerdeführerin an Schulterbeschwerden rechts (Impingement Syndrom und regrediente „Frozen Shoulder“), einer undifferenzierten Somatisierungsstörung, einer Neuraesthenie, einer Hashimoto-Thyreoiditis sowie einem panvertebralen Schmerzsyndrom leidet, wobei einzig den Schulterbeschwerden rechts Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuzuerkennen sei (AB 89.1 S. 34 f. Ziff. 6; 89.3 S. 12 Ziff. 3; 132.1 S. 19 f. Ziff. 4). Weiter haben die Gutachter nachvollziehbar dargelegt, dass der Beschwerdeführerin seit dem Unfall vom 15. April 2009 Überkopfarbeiten und körperlich schwere Tätigkeit und somit auch die angestammte Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar ist. Zudem haben sie schlüssig begründet, dass nach dem besagten Unfall ebenfalls in jeder anderen Tätigkeit eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat und dass spätestens ab dem Untersuchungszeitpunkt (September 2011; AB 89.1 S. 3) eine angepasste Tätigkeit (körperlich leicht bis mittelschwer, ohne die Notwendigkeit von Überkopfarbeiten, ohne Kraftanwendung über 10kg) zu 100% zumutbar ist (AB 89.1 S. 32, S. 38 f., S. 40). Diese Einschätzung ist nachvollziehbar und überzeugend, weshalb darauf abzustellen ist.

Soweit sich die MEDAS-Gutachter nicht abschliessend zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit geäussert haben (AB 89.1 S. 40), ist der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ in seiner Stellungnahme vom 27. Februar 2013 (AB 110) gestützt auf die medizinischen Akten zum Schluss gekommen, dass in einer angepassten Tätigkeit ab April 2010 aufgrund der bestehenden Beschwerden und Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter eine Arbeitsfähigkeit von 50% bestanden hat. Aus den Akten geht nicht hervor, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der bestehenden Schulterbeschwerden in einer angepassten Tätigkeit ab April 2010 stärker eingeschränkt gewesen wäre. Gegenteiliges wird denn auch nicht geltend gemacht. Dabei ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihres Untersuchungsgrundsatzes alles unternommen hat, um den Umfang und den Verlauf der bestehenden Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit beurteilen zu können. Die MEDAS-Gutachter sahen sich auch nach entsprechender Nachfrage nicht in der Lage, diesbezüglich eine genauere Beurteilung abzugeben. Dies insbesondere da der behandelnde Rheumatologe Dr. med. F. _____ auf entsprechende Rückfrage der Gutachter nicht reagiert hat (vgl. Stellungnahme vom 10. Dezember 2012; AB 103). Auch auf Anfrage der Beschwerdegegnerin hin hat Dr. med. F. _____ keine Beurteilung zur Arbeitsfähigkeit abgeben resp. keinen ausführlichen Arztbericht eingereicht (AB 108 S. 8); da die entsprechende Information allein vom behandelnden Arzt erhältlich ist, ist es nicht möglich, sie anderweitig zu beschaffen. Somit ist vorliegend bezüglich dem Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf die Beurteilung des RAD-Arzt Dr. med. I. _____ abzustellen.

3.3.2 Die Kritik der Beschwerdeführerin richtet sich insbesondere gegen den psychiatrischen Teil des MEDAS-Gutachtens und beschlägt die mit BGE 141 V 281 erfolgte Praxisänderung (Beschwerde S. 2 f.; vgl. E. 2.1 hiavor). Vorliegend hat der psychiatrische Gutachter die diagnostizierte undifferenzierte Somatisierungsstörung und die Neurasthenie – unter Bezugnahme auf die damals noch massgebend gewesene Rechtsprechung – als mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar qualifiziert und deshalb unter den Diagnosen aufgelistet, welchen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukommt (AB 89.1 S. 25 – 27). Nach altem Verfahrens-

standard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung dieser in BGE 137 V 210 E. 6 S. 266 entwickelten Grundsätze auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309). Wie nachfolgend aufgezeigt wird, bietet das MEDAS-Gutachten hinreichend Aufschluss für die Beurteilung nach den Vorgaben gemäss der neuen Rechtsprechung.

Diesbezüglich ist vorab augenfällig, dass sich im Rahmen der Exploration deutliche Inkonsistenzen in Bezug auf die beklagte schnelle Ermüdbarkeit und rasche Erschöpfbarkeit und dem präsentierten Erscheinungsbild ergeben haben (AB 89.1 S. 26). Hinzu kommt, dass seit 2010 keine psychiatrische-psychotherapeutische Therapie mehr in Anspruch genommen wird (AB 52.1 S. 8 Ziff. 5; 89.1 S. 26). Ob sich angesichts dieser Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbietet, kann hier letztlich offen bleiben, sprechen die Standardindikatoren doch ohnehin gegen eine funktionelle Auswirkung der undifferenzierten Somatisierungsstörung und der Neurasthenie.

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Hier ist festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) nicht übermässig ist. Zwar standen bei der Beschwerdeführerin die Klagen über ihre Beschwerden im Vordergrund. Es war aber auch möglich, sich mit ihr über andere Themen zu unterhalten (AB 89.1 S. 19 – 23). Zudem hat sie gemäss eigenen Angaben einen ziemlich regelmässigen Tagesablauf. Nach dem Aufstehen bereite sie das Frühstück

vor. An einem Arbeitstag gehe sie um 10.00 bis 19.00 Uhr zur Arbeit. An den anderen Tagen mache sie den Haushalt, wobei sie viele Ruhepausen einplane. Am Mittag und Abend gebe es eine warme Mahlzeit. Zudem mache sie gerne ... und ... (AB 89.1 S. 22). Betreffend Behandlungserfolg oder -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass nicht von einem Scheitern der durchgeführten Therapien gesprochen werden kann, da seit 2010 keine entsprechende Therapie mehr erfolgt (AB 52.1 S. 8 Ziff. 5; 89.1 S. 26). Massgebende Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) bestehen nicht. Es liegen weder schwere körperliche (vgl. E. 3.3.3 hiernach) noch psychische Begleiterkrankungen vor. Soweit Dr. med. G._____ im Gutachten vom 27. November 2008 (AB 32) eine hypochondrische Störung und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert und aufgrund der bestehenden Psychopathologie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (S. 8 f.), kann darauf nicht abgestellt werden und ändert dies vorliegend nichts. Denn der psychiatrische MEDAS-Gutachter hat sich in seiner Beurteilung mit diesen Diagnosen auseinandergesetzt und schlüssig dargelegt, warum diese nicht bestehen (AB 89.1 S. 25 f.). Diese Schlussfolgerung steht im Einklang mit der Beurteilung von Dr. med. C._____ im Gutachten vom 10. Mai 2010 (AB 52.1), welcher – neben einer Neurasthenie und einer Somatisierungsstörung, welchen er keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt hat – keine psychiatrische Diagnosen erhoben hat. Dabei hat Dr. med. C._____ auch das Bestehen einer depressiven Störung schlüssig verneint (S. 8 f.; anders die Beurteilung im Bericht der Klinik P._____ vom 25. August 2009 [AB 41]).

Weiter sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin ein Leistungsvermögen ausschliesse (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302). Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass ein Beziehungsnetz besteht, indem die Beschwerdeführerin – nebst familiären Verhältnissen – auch weitere soziale Kontakte pflegt (AB 89.1 S. 22). Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin in ihrem sozialen Leben wenig Einschränkungen zeigt, ist auch im Rahmen des Aspekts der „Konsistenz“ respektive der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu beachten (BGE 141 V 281 E. 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Schliesslich nimmt die Be-

schwerdeführerin zurzeit keine therapeutischen Optionen wahr, was gegen einen erheblichen Leidensdruck spricht (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304; AB 52.1 S. 8 Ziff. 5; 89.1 S. 26). Damit ist überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass bezüglich der diagnostizierten undifferenzierten Somatisierungsstörung und der Neurasthenie keine zu berücksichtigende Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht (vgl. E. 2.1 hiervor).

Nach dem Dargelegten erübrigen sich Weiterungen bezüglich der vom Bundesgericht mit zwei Entscheiden vom 30. November 2017 in den Verfahren 8C_130/2017 und 8C_841/2016 vorgenommenen Praxisänderung.

3.3.3 Dass aus somatischer Sicht – ausser den bestehenden Schulterbeschwerden rechts – kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, findet in den vorliegenden medizinischen Akten seinen Rückhalt. So stellen weder Prof. Dr. med. E. _____ noch Dr. med. F. _____ ein (weiteres invalidisierendes) somatisches Leiden fest (AB 8 S. 27 ff.; 29 S. 10 f.). Dabei ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 2) – nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt ist, dass sie an einer chronischen Borreliose Stadium 3 leidet. Der MEDAS-Rheumatologe hat unter Berücksichtigung der medizinischen Akten einlässlich dargelegt, warum die geklagten Beschwerden nicht auf eine Borreliose zurückgeführt werden können (AB 150.1 S. 4). Dies steht im Einklang mit der Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. K. _____, der das Bestehen einer Borreliose gestützt auf die medizinischen Akten und unter Bezugnahme auf den Krankheitsverlauf einer Borreliose ebenfalls schlüssig verneint hat (AB 153 S. 12 f.). Dies wurde vom RAD-Arzt Dr. med. L. _____ ebenfalls bestätigt (AB 164 S. 12).

Dagegen vermag die gegenteilige Auffassung des behandelnden Arztes Dr. med. M. _____, der hauptsächlich aufgrund der durchgeführten RAC kontrollierter Störfelddiagnostik das Vorliegen einer chronischen Borreliose bejaht hat (BB 6), nicht zu überzeugen, zumal diese mittels Akupunktur durchgeführte Diagnostik für das Stellen der Diagnose einer Borreliose ungeeignet scheint. Ebenfalls der Bericht von Dr. med. N. _____ vom 12. Februar 2017 (BB 7) ändert vorliegend nichts, da der Arzt eine Borreliose nicht diagnostiziert, sondern bloss einen Verdacht auf eine chronische

Borreliose gestellt hat. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass Prof. Dr. med. O._____, gegenüber welchem die Beschwerdeführerin das (allfällige) Bestehen einer chronischen Borreliose erwähnt hat (AB 8 S. 28), weitergehende Abklärungen veranlasst hätte, wenn er davon ausgegangen wäre, dass die geltend gemachten Symptome, insbesondere die geltend gemachten wandernden Gelenkschmerzen, auf eine Borreliose zurückzuführen wären. Dies hat er jedoch – soweit ersichtlich – nicht getan. Dasselbe hat für den behandelnden Rheumatologen Dr. med. F._____ zu gelten, welcher die geltend gemachten, nicht objektivierbaren Beschwerden ebenfalls nicht auf eine Borreliose zurückgeführt hat (AB 29 S. 10 f.). Beide Fachärzte gingen vielmehr – wie im späteren Verlauf auch der MEDAS-Rheumatologe und die RAD-Ärzte (AB 150.1 S. 4, 153 S. 12 f., 164 S. 12) – davon aus, dass das Beschwerdebild von einer psychischen Störung geprägt sei (AB 8 S. 29; 29 S. 11).

An der schlüssigen Einschätzung der MEDAS-Gutachter ändert weiter nichts, dass Dr. med. H._____ im Bericht vom 28. November 2008 (AB 29 S. 1 ff.) in allen Tätigkeiten von einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen ist (S. 1 und 3). Denn eine nachvollziehbare Begründung der attestierten Arbeitsunfähigkeit fehlt in diesem Bericht. Zudem haben die MEDAS-Gutachter schlüssig dargelegt, dass – entgegen der Auffassung des behandelnden Arztes – weder der geltend gemachten Erschöpfung noch der bestehenden Hashimoto Thyreoiditis Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zukommt (AB 89.1 S. 26 f., S. 33 f.). Soweit Dr. med. H._____ im Bericht vom 18. Januar 2013 (AB 104) aufgrund eines ausgeprägten Zervikovertebralsyndroms eine 80%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat, vermag dies die Beurteilung der MEDAS-Gutachter ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen. Denn entgegen der Auffassung von Dr. med. H._____ hat sich der rheumatologische Gutachter einlässlich mit den geltend gemachten Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule auseinandergesetzt und dargelegt, weshalb diese keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben. Dabei wies er auf die ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiven Beschwerden und den blanden klinischen Befunden hin (AB 89.1 S. 29). Ferner hat der Gutachter in seinem (Verlaufs-) Gutachten vom 26. Februar 2014 einlässlich dargelegt, dass aus rheumatologische Sicht neben den bestehenden Schulterbeschwerden rechts keine

Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestehen und dass insbesondere keine objektivierbare Verschlechterung am Bewegungsapparat festgestellt werden konnte (AB 132.1 S. 22, S. 25, S. 27). Darüber hinaus bleibt darauf hinzuweisen, dass Dr. med. H. _____ mit der Beschwerdeführerin offenbar verwandt ist (Schwägerin; AB 74.4 S. 41), weshalb der Beweiswert seiner Berichte bereits deshalb geschmälert ist.

3.4 Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass die angestammte Tätigkeit als ... seit dem 15. April 2009 nicht mehr zumutbar ist und dass in einer angepassten Tätigkeit ab dem 15. April 2009 eine 100%-ige und ab April 2010 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Seit September 2011 ist in einer angepassten Tätigkeit von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Der Sachverhalt ist somit hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem Antrag in der Beschwerde (S. 1) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Nachfolgend ist der IV-Grad mittels Einkommensvergleichs zu ermitteln.

4.

4.1

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; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können

nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmassig 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 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222; Entscheidung des BGer vom 14. Juni 2017, 8C_228/2017 [zur Publikation vorgesehen], E. 4.1.3). Vorliegend ist seit dem Unfall vom 15. April 2009 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... ausgewiesen (vgl. E. 3.3.1 hiervor). Der frühest mögliche Rentenbeginn ist deshalb unter Berücksichtigung des Wartejahres und der Anmeldung im März 2008 (AB 1) in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf April 2010 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich durchzuführen.

Entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 1) war das Wartejahr trotz der ab September 2007 attestierten 100%-igen Arbeitsunfähigkeit (AB 29 S. 1; 40 S. 1; 65) nicht bereits im September 2008 erfüllt, zumal – wie be-

reits dargelegt worden ist – vor dem 15. April 2009 kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen ist.

4.3 Ab April 2010 ist in einer angepassten Tätigkeit von einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (vgl. E. 3.3.1 hiervor).

4.3.1 Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin, der ..., ermittelt, was nicht zu beanstanden ist. Gegenteiliges wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht geltend gemacht. Dies ergibt – ausgehend von dem im Jahr 2007 als ... erzielten Einkommen von Fr. 29'994.25 (AB 10 S. 2 Ziff. 16; Fr. 2'307.25 x 13) und auf das massgebende Jahr 2010 sowie auf ein 100%-iges Arbeitspensum aufgerechnet – ein Valideneinkommen von Fr. 62'789.50 (Fr. 29'994.25 x 2 : 102.8 x 107.6; Bundesamt für Statistik [BFS], Nominallohnindex 2006 – 2010, Tabelle T1.2.05, lit. M,N,O).

4.3.2 Die Beschwerdeführerin hat keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen, weshalb das Invalideneinkommen gestützt die Tabellenlöhne (LSE 2010) zu ermitteln ist (vgl. E. 4.1.2 hiervor).

Ausgehend vom Zumutbarkeitsprofil der MEDAS-Gutachter, wonach der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit (körperlich leicht bis mittelschwer, ohne die Notwendigkeit von Überkopfarbeiten, ohne Kraftanwendung über 10kg) zumutbar ist (AB 89.1 S. 40), ist es vorliegend nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen gestützt auf den Totalwert des Anforderungsniveaus 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) der Tabelle TA1 festgelegt hat, zumal der Beschwerdeführerin diverse Verweistätigkeiten in diversen Tätigkeitsgebieten offen stehen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (AB 138 S. 3) ist das Invalideneinkommen nicht ausgehend von ihrer ursprünglich gelernten Tätigkeit als ..., welcher sie heute wieder nachgeht (Beschwerde S. 1 f.), zu ermitteln. Denn der durchschnittliche Lohn in einer Hilfsarbeitertätigkeit erweist sich auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als höher als derjenige einer ausgebildeten ... (TA1, Total, Anforderungsniveau 4, Frauen: Fr. 4'225.--; TA1, Ziff. 96 [sonstige persönliche Dienstleistungen], Anforderungsniveau 4, Frauen: Fr. 4'225.--).

rungsniveau 3, Frauen: Fr. 3'439.--), womit die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit in Ersterer besser verwerten kann.

Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Frauen beträgt Fr. 4'225.--. Auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.6 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) aufgerechnet, resultiert daraus ein Einkommen von Fr. 52'728.-- (Fr. 4'225.-- : 40 x 41.6 x 12) im Jahr. Unter Berücksichtigung der zumutbaren 50%-igen Arbeitsfähigkeit ergibt dies ein jährliches Invalideneinkommen von Fr. 26'364.-- (Fr. 52'728.-- x 0.5). Da die behinderungsbedingten Einschränkungen bereits mit der verminderten Arbeitsfähigkeit von 50% berücksichtigt wurden und keine anderweitigen Faktoren, die zu einer Einkommenseinbusse führen könnten (vgl. E. 4.1.2 hiervor), ersichtlich sind, rechtfertigt sich vorliegend kein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn. Ein solcher wurde von der Beschwerdegegnerin auch nicht vorgenommen.

4.3.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 62'789.50 und einem Invalideneinkommen von Fr. 26'364.-- resultiert ein IV-Grad von gerundet 58% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Es besteht folglich ein Anspruch auf eine halbe IV-Rente (vgl. E. 2.2 hiervor).

4.4 Ab September 2011 ist in einer angepassten Tätigkeit von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (vgl. E. 3.3.1 hiervor). Dies stellt einen Revisionsgrund dar. Dass die Beschwerdegegnerin diese gesundheitliche Verbesserung aufgrund der Tatsache, dass die MEDAS-Gutachter zum Schluss gekommen sind, dass bereits zwischen Januar und Mai 2011 eine gesundheitliche Verbesserung eingetreten sei und spätestens zum Untersuchungszeitpunkt im September 2011 eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestanden habe (AB 89.1 S. 40 f.), per sofort und nicht in Anwendung der Dreimonatsfrist nach Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) berücksichtigt hat (AB 168 S. 6), ist korrekt. Gegenteiliges wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht geltend gemacht. Somit ist der IV-Grad ab September 2011 neu zu ermitteln (vgl. E. 2.5 hiervor).

4.4.1 Das Valideneinkommen ist wiederum ausgehend von dem im Jahr 2007 erzielten Einkommen zu ermitteln (vgl. E. 4.3.1 hiervor). Dies ergibt

auf das massgebende Jahr 2011 aufgerechnet ein jährliches Einkommen von Fr. 63'229.05 (Fr. 62'789.50 : 100 x 100.7; BFS, Nominallohnindex Frauen 2010 – 2016, Tabelle T1.2.10, lit. Q).

4.4.2 Das Invalideneinkommen ist auf Fr. 53'255.30 (Fr. 52'728.-- [vgl. E. 4.3.2 hiervoor] : 100 x 101; BFS, Nominallohnindex Frauen 2010 – 2016, Tabelle T1.2.10, Total) festzulegen.

4.4.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 63'229.05 und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'255.30 resultiert ein IV-Grad von gerundet 16%. Folglich besteht ab September 2011 kein Anspruch mehr auf eine IV-Rente (vgl. E. 2.2 hiervoor), weshalb der Rentenanspruch auf Ende August 2011 zu befristen ist.

4.5 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

5.

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

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

5.2 Vorliegend besteht kein 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):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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