

200 17 1029 IV
SCI/ABE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. Juli 2018

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
vertreten durch avv. Dr. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. Oktober 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1989 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich – nach einer Meldung zur Früherfassung durch die Arbeitgeberin (Antwortbeilage [AB] 1) und Durchführung eines Erstgesprächs (AB 5/2) – am 22. Dezember 2012 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an, wobei sie auf zwei gutartige Hirntumore, Schmerzen und epileptische Symptome hinwies (AB 10).

Die IVB tätigte erwerbliche (AB 14 f.) und medizinische Abklärungen, insbesondere holte sie Berichte behandelnder Ärzte ein (AB 16 ff.). Nachdem sie das Dossier ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme unterbreitet hatte (AB 63, 83), veranlasste die IVB eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung (AB 84, 103) und ordnete eine berufliche Abklärung in der Abklärungsstelle C. _____ in ... an (AB 98; vgl. auch AB 104). Nach Erhalt des Gutachtens der Medizinischen Abklärungsstation D. _____ (MEDAS) vom 28. Juli 2016 (AB 121.1) stellte die IVB der MEDAS Zusatzfragen (AB 127), welche am 31. August 2016 beantwortet wurden (AB 130). Schliesslich veranlasste die IVB eine Haushaltsabklärung; im entsprechenden Abklärungsbericht vom 2. März 2017 (AB 135/2) wurde die Versicherte als im Gesundheitsfall Teilerwerbstätige (Status: 80% Erwerbstätigkeit, 20% Haushalt) eingestuft.

Mit Vorbescheid vom 10. März 2017 (AB 136) stellte die IVB der Versicherten in Aussicht, ihr für den Zeitraum vom 1. Juli 2013 bis zum 31. Juli 2014 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (Invaliditätsgrad: 80%); ab April 2014 sei von einer Verbesserung des gesundheitlichen Zustands auszugehen (Invaliditätsgrad: 0%), womit ab dem 1. August 2014 kein Leistungsanspruch mehr bestehe. Dagegen erhob die Versicherte unter Beilage medizinischer Berichte Einwand (AB 138). Nach Einholen einer Stellungnahme des RAD (AB 147) verfügte die IVB am 27. Oktober 2017 (AB 151) wie angekündigt.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch avv. Dr. B. _____, am 27. November 2017 Beschwerde. Sie beantragt die kostenfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Rückweisung der Angelegenheit an die Verwaltung zur Vornahme weiterer Abklärungen. Zur Begründung wird geltend gemacht, die gesundheitliche Situation habe sich kurz vor Verfügungserlass verschlechtert; die vorliegenden Arztberichte würden keine zuverlässige Beurteilung der Erwerbsfähigkeit zulassen.

Am 30. November 2017 stellte die Beschwerdeführerin ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

Am 25. Januar 2018 reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren Arztbericht zu den Akten.

Mit Beschwerdeantwort vom 9. Februar 2018 schliesst die Beschwerdegegnerin mit Verweis auf eine Stellungnahme des RAD vom 23. Januar 2018 (in den Gerichtsakten) auf Abweisung der Beschwerde.

Am 7. Mai 2018 liess die Beschwerdeführerin erneut medizinische Unterlagen einreichen.

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 Anträ-

gen 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 27. Oktober 2017 (AB 151). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete Invalidenrente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbezugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413). Folglich ist hier nicht nur der Zeitraum ab August 2014 zu beurteilen, sondern auch die zugesprochenen Leistungen ab Juli 2013.

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

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

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349). Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

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

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Im Austrittsbericht vom 16. April 2013 (AB 23/19) des Spitals E._____ wurde folgende (Haupt-)Diagnose gestellt:

Oligoastrozytom WHO Grad II temporoinsulär links

- Zweitläsion mit Verdacht auf ein Low-Grade-Gliom im Bereich des Gyri cinguli rechts
- ED 30. Juni 2012 durch epileptischen Anfall
- Stereotaktische Biopsie links 13. August 2012
- Status nach EEG am 26. Juli 2012 und 19. November 2012: Normale Grundaktivität, kein Herdbefund, keine epilepsietypischen Potenziale

Die Patientin sei im Juni 2012 mit einem wahrscheinlich sekundär generalisierten epileptischen Anfall erstmals symptomatisch geworden. Am 16. April 2013 sei die Tumorexstirpation erfolgt; weder intraoperativ noch postoperativ seien Komplikationen aufgetreten.

3.1.2 Im Bericht des Spitals E._____ vom 12. Dezember 2013 (AB 35/4) wurde bezüglich der im Zusammenhang mit dem Oligoastrozytom diagnostizierten Epilepsie anamnestisch festgehalten, erneut sei es im September, Oktober und November zu jeweils sechs Anfällen gekommen. Indessen hätten sich diese seit der Dosiserhöhung des Antiepileptikums Lamotrigin insofern verändert, als die Paralyse des linken Beins nun schwächer ausgeprägt sei und keine Apnoen mehr aufträten. Die Anfälle seien jedoch mit starken Schmerzen verbunden. Manchmal könne die Patientin im Anfall nicht sprechen, das Bewusstsein sei aber stets erhalten. Die Anfälle dauerten unterschiedlich lang, von zehn Minuten bis zwei Stunden. Beklagt würden zudem Ein- und Durchschlafstörungen und (seit der Aufdosierung des genannten Medikaments) ein stark aufgeblähter Bauch.

3.1.3 Im MEDAS-Gutachten vom 28. Juli 2016 (AB 121.1) wurden folgende Diagnosen erwähnt (S. 32 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Keine

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Neurasthenie (ICD-10 F48)
- Kopfschmerzen unklarer Ursache (möglicherweise Migräne, aber wahrscheinlich auch Spannungskopfschmerzen)
- Oligo-Astrozytom Grad II, links temporal sowie auf der Höhe des rechten Gyrius Cinguli
- Wahrscheinlich erstmaliger epileptischer Anfall am 30. Juni 2012
- Rezidivierende Beschwerden, welche am ehesten dissoziativen Störungen entsprechen würden, ohne dass eine epileptogene Ursache ganz ausgeschlossen werden könne
- Übergewicht (BMI 27.7 kg/m²)
- Heterozygote Beta-Thalassämie
- Minimale neuropsychologische Störung

In der Konsensbeurteilung (S. 25 ff.) wurde dargelegt, nach der Tumorentfernung seien Seh- und Sprechstörungen aufgetreten. Zudem leide die Explorandin neben Kopfschmerzen unter neurologischen Störungen wie einer Kieferausrichtung nach links, Kontraktionen des linken Beins, dystonischen Phänomenen der linken Hand, Sprachstörung mit Speichelsekretion und gelegentlichen Apnoen ohne Bewusstseinsverlust (S. 26).

Aus internistischer Sicht liege keine Störung vor, welche die Arbeitsfähigkeit einschränke. Anlässlich der klinischen Untersuchung seien zwar die meisten Fibromyalgie-Punkte erfüllt gewesen, jedoch ohne dass die Explorandin selber spontan ein Schmerzsyndrom beklagt habe. Es bestehe weder eine funktionale Einschränkung noch eine Einschränkung der Mobilität oder ein Anhaltspunkt für eine rheumatische Erkrankung (S. 27).

In neurologischer Hinsicht wurde festgehalten, die Explorandin klage nach wie vor über Kopfschmerzen (begleitet von Übelkeit und gelegentlichem Erbrechen), Sehprobleme und allgemeine Müdigkeit. Die Episoden würden bis zu mehreren Tagen dauern und durch Ruhe und selten durch die Einnahme von Dafalgan behandelt. Die Migräne-Medikamente seien nicht toleriert worden. Die neurologische Untersuchung zeige – ausser einer

diskreten Veränderung des rechten Gesichtsfelds – keine Anomalie. Nach der Operation zeige sich aktuell ein guter Verlauf mit makroskopisch fast vollständiger Entfernung des temporalen Tumors links sowie stationärem Zustand des rechten Oligo-Astrozytoms. Bezüglich weiterer Behandlungen seien nebst dem operativen Eingriff auch Strahlen- und Chemotherapie zu erwähnen (S. 27). In Bezug auf das Unwohlsein sei am ehesten von pseudoepileptischen/psychogenen Anfällen auszugehen, obwohl eine epileptogene oder dissoziative Ursache nicht völlig ausgeschlossen werden könne. Was die Kopfschmerzen anbelange, könnte der familiäre Kontext auf Migräne hindeuten. Dennoch seien aufgrund der Frequenz und der Beschreibung eher Spannungskopfschmerzen im Zusammenhang mit den psychischen Störungen wahrscheinlich. Es sei eine gewisse Diskrepanz bzw. Inkonsistenz zwischen dem geklagten Ausmass der Beschwerden und der Behandlung auszumachen, was eher für psychogene Phänomene spreche. Obwohl die (pseudo-)epileptischen Beschwerden seit einem Jahr nicht mehr aufgetreten seien und keine Arbeitsunfähigkeit nach sich zögen, sei auf das Lenken von Fahrzeugen zu verzichten. Die Gehirntumore an sich und die Kopfschmerzen würden (derzeit) keine Arbeitsunfähigkeit begründen (S. 28).

Die neuropsychologischen Tests würden abgesehen von den Folgen einer Sprachstörung keine signifikante kognitive Beeinträchtigung zeigen. Obwohl die Explorandin Kopfschmerzen und Müdigkeit beschreibe, zeige sich bei der Untersuchung kein klarer Anhaltspunkt für Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen. Zwar seien teilweise schlechte Ergebnisse produziert worden; dabei handle es sich aber nicht um Defizite (S. 28). Die Untersuchung zeige eine minimale neuropsychologische Störung, die eine theoretische Arbeitsfähigkeit von 90-100% ergebe. Die Leistungsminderung sei für die Tätigkeit als ... marginal. Dennoch sei eher eine Tätigkeit in einem ... zu empfehlen, als in einem ... (S. 29).

In psychiatrischer Hinsicht wurde festgehalten, die Explorandin klage spontan nicht über psychische Probleme. Sie berichte hauptsächlich über Kopfschmerzen, Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten. Während der Untersuchung zeige sich eine ausgeglichene Stimmung und es fänden sich keine Hinweise für eine affektive Störung nach ICD-10. Die Explorandin sei

zwar besorgt und habe Angst vor der Entwicklung ihrer neurologischen Erkrankung. Diese adäquat geäusserte Angst beeinflusse die täglichen Aktivitäten aber nicht. Es beständen weder Anhaltspunkte für eine Angststörung (S. 29) noch für eine dissoziative Störung. Allfällige Phänomene der dissoziativen Art würden aber durchaus möglich bleiben, wobei eine allfällige Übertreibung jedoch ebenfalls in Betracht gezogen werden müsse. Es sei von einer Neurasthenie (ICD-10 F48) auszugehen. Mit Blick auf die Rechtsprechung zu den psychosomatischen Störungen sei festzuhalten, dass die Explorandin keine psychischen Störungen aufweise, die invalidisierend sein könnten. Eine Persönlichkeitsstörung sei nicht auszumachen. Die Ressourcen der Explorandin seien in sozialer Hinsicht vollständig erhalten. Sie pflege ausgezeichnete Beziehungen zu ihrem Umfeld, durch welches sie auch unterstützt werde. Sie weise eine normale Intelligenz auf, die Wahrnehmung von sich selbst und anderen sei nicht beeinträchtigt. Dasselbe gelte für ihre Urteilsfähigkeit und Affektkontrolle. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (S. 30).

Interdisziplinär wurde festgehalten, die Explorandin sei vollzeitlich arbeitsfähig; es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Objektiv bestehe auch keine Leistungseinschränkung. Vorsichtshalber sei jedoch zu empfehlen, dass keine Tätigkeit mit Verletzungsrisiko ausgeübt werde, für den Fall des Bewusstseinsverlusts. Berufsmässiges Fahren und Stress seien ebenfalls zu vermeiden (S. 35).

In Beantwortung der Zusatzfragen (AB 127) hielten die MEDAS-Gutachter am 31. August 2016 (AB 130) ergänzend fest, internistisch habe stets eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestanden. In psychiatrischer Hinsicht führten die Neurasthenie und die dissoziative Störung nicht zu einer langfristigen Arbeitsunfähigkeit. Aus neurologischer Sicht habe seit dem Tumornachweis am 24. Juli 2012 bis ein Jahr nach der Operation am 16. April 2013, d.h. bis zum 16. April 2014, eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit bestanden.

3.1.4 Am 20. März 2017 (AB 138/2) berichteten die Ärzte des Spitals E._____, die Läsion temporal links verhalte sich erfreulicherweise stationär. Bei der Zweitläsion im Gyrus cinguli rechtsseitig sei aber eine Tumor-

progression zu verzeichnen und eine Resektion indiziert. Der Eingriff sollte innerhalb der nächsten 12 Monate durchgeführt werden.

3.1.5 Im Bericht vom 21. November 2017 (Beschwerdebeilage [BB] 6) führten Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und G._____, Psychotherapeutin FSP, aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 30. August 2017 (wieder) bei ihnen in Behandlung. Folgende Diagnosen wurden genannt: Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1; bestehend seit der Kindheit), mittelgradige depressive Episode im Jahr 2015 (ICD-10 F32.1) mit anschliessender Entwicklung einer Dysthymie (ICD-10 F34.1). Ausserdem liege – im Zusammenhang mit traumatischen biographischen Erlebnissen bzw. einer unglücklichen Kindheit – eine störende Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F61.1) vor.

3.1.6 Im Austrittsbericht des Spitals E._____ vom 19. (richtig wohl: 23.) Februar 2018 (BB 9) wurde in Bezug auf das Gliom im Gyrus cinguli rechts dargelegt, jenes habe sich in der Verlaufsbildgebung grössenprogre-dient gezeigt, weshalb eine Resektion indiziert sei. Die Patientin weise kein fokal-neurologisches Defizit auf, leide jedoch zeitweise unter Kopfschmerzen und einem Abgeschlagenheitsgefühl. Bei Eintritt seien weder Hirnnervendefizite noch sensible Defizite auszumachen gewesen, vielmehr sei das Gangbild sicher und das Sprechen unauffällig gewesen. Am 20. Februar 2018 sei eine Kraniotomie bzw. die Tumorexstirpation frontal rechts durchgeführt worden. Die Operation sei ohne Komplikationen erfolgt; auch postoperativ seien keine fokalneurologischen Defizite aufgetreten.

3.2 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).

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).

3.3 Die angefochtene Verfügung vom 27. Oktober 2017 (AB 151) basiert in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf dem MEDAS-Gutachten vom 28. Juli 2016 (AB 121.1) samt Ergänzung vom 31. August 2016 (AB 130). Die gutachterliche Einschätzung erfüllt die vorerwähnten höchststrichterlichen Beweisanforderungen und überzeugt. Die Expertise stützt sich auf die Vorakten, beruht auf einlässlichen anamnestischen Erhebungen und eigenen fachärztlichen Untersuchungen und ist in der Darlegung der Befunde, der Diagnosen und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit widerspruchsfrei und nachvollziehbar begründet (vgl. auch AB 147/2 oben). Es finden sich keine Anhaltspunkte, die gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung sprechen. Namentlich das Protestschreiben der Beschwerdeführerin vom 24. August 2016 (AB 128) ändert nichts an der Massgeblichkeit des Gutachtens. Anlässlich einer (polydisziplinären) Begutachtung hat eine Erhebung auch allgemeinerer Angaben zur Person zu erfolgen. Dies gilt auch dann, wenn die zentrale Problematik sich voraussichtlich in einem ganz bestimmten Bereich, hier der Neurologie, verorten lässt. Dass ein Gutachter seine Aufgabe nicht lege artis vorgenommen hätte, ergibt sich aus den Ausführungen der Beschwerdeführerin nicht. Ob sich die Befragung betreffend Kinderwunsch wie von ihr geltend gemacht abgespielt hat, kann nicht mehr geklärt werden. Jedenfalls ergeben sich aus dem Gutachten keine Hinweise dafür, dass sich die Experten von unsachlichen Überlegungen hätten leiten lassen. Vielmehr war die Thematik im Zusammenhang mit dem Umstand anzusprechen, dass die antiepileptische Medikation eine

Kontraindikation für eine von der Beschwerdeführerin offenbar gewünschte Schwangerschaft darstellt (vgl. AB 51/21). Nicht korrekt ist in diesem Zusammenhang einzig die Annahme des RAD, die Kritik sei (von der Beschwerdeführerin) direkt bei der Begutachtungsstelle vorzutragen (AB 131). Eine Begutachtung erfolgt im Auftrag des Versicherungsträgers und die erste Prüfung der Beweistauglichkeit ist Sache der Verwaltung. Im Beschwerdefall überprüft das Gericht die Erhebungen der Verwaltung. Hier wird der Beweiswert des Gutachtens durch die Kritik der Beschwerdeführerin nicht geschmälert. Der Expertise kommt voller Beweiswert zu (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353) und weitere gerichtliche Sachverhaltserhebungen (vgl. Beschwerde S. 3) – erübrigen sich (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

3.3.1 Die somatische Einschätzung der Gutachter stimmt weitestgehend mit derjenigen der behandelnden Ärzte überein, sowohl in diagnostischer Hinsicht als auch bezüglich der Arbeitsfähigkeit. So unterstützten die behandelnden Neurologen und Neurochirurgen eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit ebenfalls bereits Mitte 2014 (AB 51/13; vgl. auch AB 86/13).

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, ihre gesundheitliche Situation habe sich nach der Begutachtung (Frühjahr 2016) bzw. vor Verfügungserlass (27. Oktober 2017 [AB 151]) verschlechtert, ist auf Folgendes hinzuweisen: Zwar ist mittels MRI vom 20. Februar 2017 (erstmalig) eine geringfügige Grössenprogression der bekannten Zweitläsion im Gyrus cinguli festgestellt (vgl. AB 137/2) und eine Resektion innerhalb der nächsten 12 Monate empfohlen worden (vgl. AB 138/3). Die Beschwerdeführerin war jedoch nach wie vor anfallsfrei geblieben, obwohl sie gar die anfallsunterdrückende Medikation – entgegen ärztlicher Empfehlung – selbstständig abgesetzt und nicht wieder aufgenommen hatte (AB 132/2, 137/2; vgl. auch AB 121.1/26). Die RAD-Neurologin hielt in der Stellungnahme vom 7. September 2017 (AB 147/3) denn auch fest, dass keine akute Dringlichkeit für die Operation bestehe. Ausserdem sei bei langsam wachsenden Tumoren und subjektiv unverändertem Verlauf keine wesentliche Änderung der neuropsychologischen und neurologischen Befunde zu erwarten, womit aktuell noch nicht von einer (relevanten) Verschlechterung auszugehen sei. Dass

die Kraniotomie mit Tumorexstirpation am 20. Februar 2018 erfolgt ist (vgl. BB 9), ändert daran nichts. Die RAD-Neurologin hat in der Stellungnahme vom 23. Januar 2018 (in den Gerichtsakten) deshalb in Übereinstimmung mit den übrigen Akten zu Recht dargelegt, es habe sich bei der Grössenprogression der Raumforderung allein um einen neurologischen Befund gehandelt, ohne dass klinische Befunde oder entsprechende subjektive Beschwerden vorgelegen hätten. Die Operationsindikation sei denn auch rein prophylaktisch gestellt worden, d.h. zur Verbesserung der Prognose und Minderung des Risikos, dass sich die Läsion zu einem bösartigen Tumor entarten könnte. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei damit nicht ausgewiesen. Schliesslich ergibt sich auch aus dem Austrittsbericht vom 19. Februar 2018 (BB 9) kein Hinweis dafür, dass sich der Gesundheitszustand über die den Gutachtern bekannten Beeinträchtigungen hinaus verändert gehabt hätte. Zur Beurteilung der Rechtmässigkeit der Verfügung vom 27. Oktober 2017 (AB 151/2) ist deshalb auch unter Berücksichtigung der Abklärungen vor der weiteren Operation auf das MEDAS-Gutachten abzustellen. Allfällige Auswirkungen der am 20. Februar 2018 durchgeführten Operation auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit liegen ausserhalb des hier zu beurteilenden Zeitraums und wären im Rahmen einer Neuanmeldung zu prüfen.

3.3.2 Was den psychischen Gesundheitszustand anbelangt, haben die MEDAS-Gutachter schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt, womit es von vornherein an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden fehlt. Die unlängst erfolgte Praxisänderung betreffend psychische Gesundheitsschäden (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.) wirkt sich in der vorliegenden Konstellation nicht aus, denn angesichts der aus medizinischer Sicht fehlenden Arbeitsunfähigkeit erübrigt sich eine sog. Indikatorenprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 428).

Soweit sich die Beschwerdeführerin auf Bericht vom 21. November 2017 (BB 6) der behandelnden Psychologin und des behandelnden Psychiaters beruft, vermag sie daraus nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Die Therapeuten haben diverse psychische Gesundheitsstörungen diagnostiziert,

welche denjenigen der MEDAS-Experten teilweise explizit widersprechen. Vor diesem Hintergrund wäre eine Auseinandersetzung zumindest mit der psychiatrischen MEDAS-Einschätzung erforderlich gewesen. Namentlich bezüglich der Diagnose einer Angststörung, welche von den Gutachtern überzeugend verneint wurde (vgl. AB 121.1/29), hätten die Therapeuten mindestens ansatzweise darlegen müssen, weshalb sie (dennoch) eine solche annehmen. Die abweichende Beurteilung überzeugt auch inhaltlich nicht. Das wesentliche Symptom einer generalisierten Angststörung ist eine Angst, die nicht auf bestimmte Situationen beschränkt oder darin besonders betont ist. Die Angst muss vielmehr „frei flottierend“ sein (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 198). Der MEDAS-Psychiater hat festgestellt, dass die Beschwerdeführerin wegen ihrer neurologischen Krankheit zwar besorgt sei und eine gewisse Angst („une certaine anxiété“) vor dem weiteren Verlauf habe. Diese Angst sei angesichts ihrer Situation jedoch durchaus als adäquat einzustufen und beeinflusse die täglichen Aktivitäten nicht (AB 121.1/29). Es ist ohne weiteres verständlich, dass die neurologische Erkrankung Befürchtungen und Sorgen auslöst. Dies begründet jedoch noch keine Angststörung im Sinne von ICD-10 F41.1. Der behandelnde Psychiater nennt denn auch keine Befunde, welche diese Diagnose rechtfertigen oder die Annahme einer entsprechenden Verschlechterung seit der Begutachtung zulassen würde (vgl. auch RAD-Stellungnahme vom 23. Januar 2018 [in den Gerichtsakten]). Vielmehr geht er davon aus, die generalisierte Angststörung bestehe schon seit Jahren bzw. „depuis son enfance“. Hierfür bestehen jedoch keine Belege. Schliesslich lässt sich auch eine angeblich im Jahr 2015 erlebte mittelgradige depressive Episode nicht erstellen. Diesbezüglich fehlen Anhaltspunkte in den Akten. Die MEDAS-Gutachter haben die Situation in nicht zu beanstandender Weise beurteilt. Schliesslich enthält der Bericht vom 21. November 2017 (BB 6) keinerlei Ausführungen zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Folglich ist der Bericht nicht geeignet, die Einschätzung der MEDAS-Gutachter in Zweifel zu ziehen.

3.3.3 Nach dem Dargelegten ist gestützt auf das MEDAS-Gutachten (AB 121.1, 130) für die Zeit vom 24. Juli 2012 (AB 2/4) bis ein Jahr nach der

(ersten) Operation, d.h. bis zum 16. April 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten erstellt. Ab Mitte April 2014 besteht hingegen wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf.

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin meldete sich am 22. Dezember 2012 zum Leistungsbezug an (AB 10), nachdem sie ab dem 24. Juli 2012 zu 100% arbeitsunfähig geschrieben worden war (AB 2/4). Der frühestmögliche Rentenbeginn fällt demnach auf den 1. Juli 2013 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG [Wartezeit] bzw. Art. 29 Abs. 1 IVG [Karenzfrist]; vgl. auch AB 151/2).

4.2 Unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG stellt sich die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode (Art. 16 ATSG sowie Art. 28a Abs. 2 und 3 IVG).

4.2.1 Ob eine versicherte Person als ganztägig oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt –, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20, 125 V 146 E. 2c S. 150).

4.2.2 Was den Status anbelangt, geht die Beschwerdegegnerin von einer hypothetischen Erwerbstätigkeit von 80% und einer Haushaltstätigkeit von 20% aus (vgl. AB 135/4). Unter Berücksichtigung des Umstands, dass die Beschwerdeführerin stets teilzeitlich (80%) gearbeitet hat (vgl. AB 1/1, 15, 135/3), und angesichts dessen, dass sie nicht in einem Aufgabenbereich im Sinne von Art. 27 IVV tätig war – insbesondere betreut sie weder Kinder noch andere Angehörige – sowie aufgrund ihrer Aussage, sie habe den Beruf „...“ eigentlich nie erlernen wollen, weshalb sie im Gesundheitsfall nach wie vor 80% arbeiten würde, damit ihre Bedürfnisse gedeckt seien (vgl. AB 135/3; vgl. auch AB 5/3), ist die Annahme einer im Gesundheitsfall hypothetischen Erwerbstätigkeit von 80% zwar korrekt. Indessen wäre die Beschwerdeführerin als sog. „reine Teilzeiterin“ (ohne Aufgabenbereich) zu

qualifizieren und es wäre einzig ein Einkommensvergleich durchzuführen (vgl. BGE 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53 und E. 5.2 S. 54). Wie es sich damit verhält, kann bei einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit bzw. anschliessender vollständiger Arbeitsfähigkeit in einem 80%-igen Erwerbsbereich offen bleiben. So oder anders resultiert ein Anspruch auf eine ganze Rente bzw. anschliessend ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad.

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

4.3.1 Der von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Einkommensvergleich ist im Ergebnis nicht zu beanstanden; in der Beschwerde wird denn auch zu Recht nichts dagegen vorgebracht. Dass in der Verfügung ein Valideneinkommen von Fr. 48'464.-- (pro 2013; basierend auf einer Lohnabrechnung vom 20. November 2014 [wohl AB 57; vgl. AB 135/4]) statt von Fr. 47'385.-- (Fr. 3'645.-- x 13 [vgl. AB 15/2, 135/3]) angenommen wurde, schadet nichts. Denn bei einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit resultiert so oder anders ein Invaliditätsgrad von 100%. Da bei teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich die anhand der Einkommensvergleichsmethode zu ermittelnde Einschränkung im allein versicherten erwerblichen Bereich proportional – im Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit – zu berücksichtigen ist (BGE 142 V 290 E. 7.3 S. 298), beträgt der Invaliditätsgrad 80%, was ab dem 1. Juli 2013 zu einem Anspruch auf eine ganze Invalidenrente führt (vgl. E. 2.2 hiavor).

4.3.2 Die per April 2014 eingetretene Verbesserung des Gesundheitszustands (vgl. E. 3.3.3 hiavor) stellt einen Revisionsgrund dar. Eine auf diesen Zeitpunkt hin an sich vorzunehmende neue Invaliditätsbemessung erübrigt sich, besteht ab Mitte April 2014 doch wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf und folglich keine Invalidität mehr. In Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV (vgl. E. 2.3 hiavor) ist die Rente per 31. Juli 2014 aufzuheben.

4.4 Zusammenfassend erweist sich die Verfügung vom 27. Oktober 2017 (AB 151) im Ergebnis als korrekt. Die dagegen erhobene Beschwerde ist 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.

Vorliegend sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege – der unterliegenden Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

5.3 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

5.3.1 Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin ist aktenkundig (vgl. Beilage zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege). Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden und die Notwendigkeit einer Rechtsverbeiständung ist zu bejahen. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von avv. Dr. B. _____ ist demnach gutzuheissen. Somit ist die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilpro-

zessordnung [ZPO; SR 272]) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien. Festzusetzen bleibt das amtliche Honorar von avv. Dr. B._____.

5.3.2 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

5.3.3 Die von avv. Dr. B._____ eingereichte Kostennote vom 7. Mai 2018 gibt zu keinen Bemerkungen Anlass. Entsprechend dem geltend gemachten Aufwand von 6.88 Stunden (Fr. 1'720.-- ./ Fr. 250.--) wird das amtliche Honorar auf Fr. 1'376.-- (6.88 x Fr. 200.--) zuzüglich Fr. 61.95 Auslagen festgesetzt.

Bei der Berechnung der Mehrwertsteuer ist das Folgende zu beachten: Für Leistungen, die vor dem 1. Januar 2018 erbracht worden sind, ist der Satz von 8% anwendbar. Der Satz von 7.7% gilt für Leistungen, die nach dem 1. Januar 2018 erbracht worden sind. Sind Leistungen vor und nach dem 1. Januar 2018 erbracht worden, muss eine separate Berechnung erfolgen (vgl. Art. 115 Abs. 1 i.V.m. Art. 112 des Bundesgesetzes über die Mehrwertsteuer vom 12. Juni 2009 [Mehrwertsteuergesetz, MWSTG; SR 641.20]). Gemäss der Kostennote wurden im Jahr 2017 für Fr. 1'040.-- (5.2 Std. x Fr. 200.--) Leistungen erbracht. Für diese gilt der Mehrwertsteuersatz von 8%, was eine Mehrwertsteuer von Fr. 83.20 ergibt. Für die restlichen Leistungen von Fr. 336.-- (1.68 Std. x Fr. 200.--), die im Jahr 2018 erbracht wurden, gilt ein Mehrwertsteuersatz von 7.7%, was einen Betrag von Fr. 25.85 ergibt. Für die ebenfalls nach Datum ausgeschiedenen Aus-

lagen (und Porti) beträgt die Mehrwertsteuer Fr. 1.80 (2017 [8% auf Fr. 22.30]) bzw. Fr. 3.05 (2018 [7.7% auf Fr. 39.65]). Daraus resultiert eine Mehrwertsteuer von total Fr. 113.90.

Insgesamt beträgt die amtliche Entschädigung Fr. 1'551.85 (Fr. 1'376.-- [Honorar] + Fr. 61.95 [Auslagen] + Fr. 113.90 [MWSt.]). Dieser Betrag ist avv. Dr. B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse zu vergüten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von avv. Dr. B._____ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Avv. Dr. B._____ wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils eine amtliche Entschädigung von Fr. 1'551.85 (inkl. Auslagen und MWSt.) aus der Gerichtskasse vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):

- avv. Dr. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern (mit Zugabe vom 7. Mai 2018 [samt Kopie des Austrittsberichts des Spitals E. _____ vom 19. bzw. 23. Februar 2018])
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.