

200 17 109 IV
MAW/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 28. August 2017

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Schnyder

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. Dezember 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1958 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 13. April 2004 mit Hinweis auf eine seit dem 26. September 2003 bestehende Arbeitsunfähigkeit bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (vgl. Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Nach durchgeführten beruflichen und medizinischen Abklärungen verneinte die IVB insbesondere gestützt auf ein bei der C. _____ (MEDAS) eingeholtes polydisziplinäres Gutachten vom 29. Juni 2006 mit Verfügung vom 3. Oktober 2006 (AB 18) bei einem Invaliditätsgrad von 0% den Anspruch auf eine Invalidenrente. Die hiergegen erhobene Beschwerde (AB 20/3) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsgerichtliche Abteilung, mit Urteil vom 31. Mai 2007, IV 67324 (AB 26), ab. Das Urteil blieb unangefochten.

B.

Am 29. Juni 2010 (AB 31) meldete sich die Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Am 14. Juli 2010 wies sich Rechtsanwalt B. _____ als Rechtsvertreter aus. Nach durchgeführten Abklärungen verneinte die IVB insbesondere gestützt auf ein psychiatrisches Gutachten von Dr. med. D. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Juli 2011 (AB 49) sowie die Berichte der Dres. med. E. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, beide vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), vom 16. November 2011 (AB 57 f.) mit Verfügung vom 23. November 2011 (AB 60) bei einem Invaliditätsgrad von 20% einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente. Die hiergegen erhobene Beschwerde (AB 63/27) wies das Verwaltungsgericht nach Durchführung einer öffentlichen Schlussverhandlung (AB 77/27) mit Urteil vom 2. November 2012, IV/2012/36 (AB 77), ab. Das Urteil bestätigte das Bundesgericht mit Entscheid vom 16. August 2013, 9C_1015/2012 (AB 84).

In der Folge (AB 92) erteilte die IVB Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining vom 11. November 2013 bis 9. Februar 2014, welches bis zum 4. Mai 2014 verlängert wurde (AB 96). Nach dessen Abschluss teilte sie der Versicherten mit (AB 105), aufgrund ihres Gesundheitszustandes seien zurzeit keine beruflichen Massnahmen möglich und beendete die Eingliederungsmassnahmen.

C.

Am 29. Januar 2014 unterzog sich die Versicherte im Spital G._____ einer Katheterablation. Mit Schreiben vom 23. Mai 2014 (AB 106) meldete Rechtsanwalt B._____ die Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug (weitergehende berufliche Massnahmen, Invalidenrente) an. Nach getätigten Abklärungen stellte die IVB mit Vorbescheid vom 9. Oktober 2015 (AB 137) insbesondere gestützt auf die RAD-Berichte der Dres. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 2. Juli 2015 (AB 129) und E._____ vom 14. September 2015 (AB 135) bei einem Invaliditätsgrad von 100% eine vom 1. November 2014 bis 31. Mai 2015 befristete ganze Invalidenrente in Aussicht. Ab dem 1. Juni 2015 bestehe bei einem Invaliditätsgrad von 20% kein Rentenanspruch mehr. Nach hiergegen erhobenen Einwänden (AB 138) entschied die IVB mit Verfügung vom 23. Dezember 2016 (AB 149) wie im Vorbescheid angekündigt.

D.

Mit Eingabe vom 1. Februar 2017 erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, hiergegen Beschwerde. In Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihr ab wann rechtens und über den 31. Mai 2015 hinaus mindestens eine Viertelsrente zuzüglich Zins (nebst Integrationsmassnahmen und beruflichen Massnahmen) zuzusprechen. Eventualiter sei der medizinische Sachverhalt mittels eines interdisziplinären Gerichtsgutachtens abzuklären, subeventualiter sei die Beschwerdesache zu weiteren medizinischen und beruflichen Abklärungen an die IVB zurückzuweisen. Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff.

1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) mit zusätzlicher Parteibefragung durchzuführen.

Mit Beschwerdeantwort vom 8. März 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 25. April 2017 wurde die öffentliche Schlussverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK auf Montag, 21. August 2017, 14:00 Uhr, angesetzt.

An der öffentlichen Schlussverhandlung vom 21. August 2017 bestätigte Rechtsanwalt B. _____ im Namen der Beschwerdeführerin im Wesentlichen die gestellten Rechtsbegehren und nahm hiezu im Rahmen des Plädoyers Stellung. Weiter reichte er dem Gericht seine Kostennote ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwal-

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich (siehe aber E. 1.2 hiernach) einzutreten.

1.2

1.2.1 Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1).

1.2.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 23. Dezember 2016 (AB 149), mit welcher der Beschwerdeführerin ab November 2014 befristet bis Ende Mai 2015 eine ganze Rente zugesprochen wurde. In der angefochtenen Verfügung wird einzig die Rentenfrage entschieden. Zum Anspruch auf Integrationsmassnahmen und berufliche Massnahmen wird nicht Stellung genommen, weshalb diese nicht Teil des Anfechtungsgegenstandes sind. Diesbezüglich ist auf die Beschwerde mangels eines entsprechenden Anfechtungsgegenstands nicht einzutreten.

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 der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente – unter Einschluss der grundsätzlich unbestritten gebliebenen Zusprechung einer ganzen Rente vom 1. November 2014 bis 31. Mai 2015 – zu prüfen und dabei insbesondere, ob die ganze Rente zu Recht per 31. Mai 2015 eingestellt wurde.

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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der

Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.4

2.4.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

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

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

2.5 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).

2.5.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

2.5.2 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

2.5.3 Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 16. Juni 2009, 8C_87/2009, E. 2.2 mit Hinweisen).

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 voraus-

sichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 23. Mai 2014 (AB 106) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu prüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu vergleichen ist nachfolgend der Sachverhalt zur Zeit der letzten leistungsablehnenden Verfügung vom 23. November 2011 (AB 60) mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der Verfügung vom 23. Dezember 2016 (AB 149) entwickelt hat.

3.2 Die leistungsablehnende Verfügung vom 23. November 2011 (AB 60) wurde sowohl vom Verwaltungsgericht (VGE IV/2012/36 [AB 77]) als auch vom Bundesgericht (9C_1015/2012 [AB 84]) bestätigt. Sie stützte sich im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D._____ vom 12. Juli 2011 (AB 49) und den RAD-Bericht von Dr. med. F._____ vom 16. November 2011 (AB 58). Hieraus ist das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Dr. med. D._____ diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) sowie eine rezidivierende Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0; S. 18 Ziff. 6.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein Verdacht auf dissoziative Anfälle (ICD-10 F44.5), ein chronischer Ehekonflikt (ICD-10 Z63.0) sowie eine ungewollte Kinderlosigkeit (ICD-10 Z63.8, Ziff. 6.2). Der Beginn der Krankheitsentwicklung stehe in sehr engem Zusammenhang mit psychosozialen Belastungsfaktoren, insbesondere der ungewollten Kinderlosigkeit und der massiven Paarproblematik. Die Patientin ziehe eine äusserst negative Lebensbilanz. Es habe sich der Eindruck ergeben, dass sie mehr an ihrer Lebenssituation als an

den geschilderten Beschwerden leide. Die im Serum nicht nachweisbaren, angeblich eingenommenen Schmerzmittel und Psychopharmaka würden gegen einen diesbezüglichen Leidensdruck sprechen. Neben diesen Belastungsfaktoren würden weitere krankheitsfremde Faktoren wie Dekonditionierung bei Adipositas und Inaktivität, fehlende Motivation und mangelnde Kooperation bei medizinischen Abklärungen und bei der Behandlung vorliegen. Die von der Patientin geschilderte starke subjektive Krankheitsüberzeugung kontrastiere mit den bisherigen Behandlungsanstrengungen und ihrer offensichtlichen Non-Compliance in Bezug auf ihre Medikation (S. 18 ff. Ziff. 6.3). Angesichts der motivationalen Faktoren, der widersprüchlichen Angaben der Patientin und der beschriebenen Simulation könne bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nur auf objektivierbare Befunde abgestellt werden. Für die bisherige Tätigkeit als ... oder ... bestehe aufgrund des leichten Ausprägungsgrades der depressiven Symptomatik eine Minderung der Arbeitsfähigkeit von 20%. Bei einem zumutbaren Anwesenheitspensum von 100% bestehe eine leichte Leistungsminderung durch Verlangsamung (S. 24 Ziff. 7.1).

3.2.2 Dr. med. F. _____ führte im RAD-Bericht vom 16. November 2011 (AB 58) aus, im Vergleich zu 2006 sei aus orthopädisch-somatischer Sicht keine Verschlechterung ausgewiesen und das damals formulierte Zumutbarkeitsprofil habe unverändert entsprechend Gültigkeit (S. 8). Dem MEDAS-Gutachten vom 29. Juni 2006 (AB 13) ist folgendes Zumutbarkeitsprofil zu entnehmen: Die bis ca. Herbst 2004 bzw. Februar 2005 ausgeübte Tätigkeit im Hausdienst entspreche einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit, welche die Patientin trotz Rücken-, Schulter und Nackenschmerzen weiterhin ausüben könne und zwar an acht Stunden pro Tag (volles Arbeitspensum). Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Die Patientin sei vollständig arbeitsfähig (S. 26 Ziff. 1, 2, 4, 5, 7).

3.3 Seit Erlass der Verfügung vom 23. November 2011 (AB 60) präsentiert sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

3.3.1 Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, diagnostizierte im Bericht vom 16. Dezember 2013 (AB 112/13) ein paroxysmales Vorhofflimmern, anamnestisch einen Status nach thorakalen Opressionen, cvRF (cardiovaskuläre Risikofaktoren: Adi-

positas, Verdacht auf [labile?] arterielle Hypertonie) sowie ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom (CPAP, S. 13). Bei der Patientin bestehe ein paroxysmales Vorhofflimmern, das in einem auswärtigen Holter-EKG einmalig über einige Stunden dokumentiert worden sei und sich im aktuellen Langzeit-EKG bestätigt habe (S. 14). Im Bericht vom 28. Januar 2014 (AB 99/2) stellte Dr. med. I. _____ zusätzlich den Verdacht auf eine leichtgradige hypertensive Kardiopathie (S. 2). Auch unter der eingeleiteten medikamentösen Therapie habe der aktuelle erneute Test noch immer ein sehr häufiges Vorhofflimmern gezeigt, welches von der Patientin aber nicht regelmässig wahrgenommen werde (S. 3). Am 20. März 2014 (AB 101) führte Dr. med. I. _____ aus, unter der täglichen Medikamenteneinnahme weise die Patientin noch immer ein paroxysmales Vorhofflimmern auf, das sie wahrscheinlich zumindest teilweise wahrnehme und auch zu ihrer allgemeinen Inkonvenienz beitrage. Inwieweit die zusätzliche Angststörung und möglicherweise auch eine gewisse Depressivität auch anderweitig begründet sei, könne er (Dr. med. I. _____) nicht beurteilen, namentlich nicht den Zustand, wie sich die Patientin absolut ohne Vorhofflimmern fühlen würde. Trotzdem scheine aber ein erheblicher Leidensdruck weiterhin vorzuliegen. Er glaube nicht, dass man nun auf längere Zeit hier noch einen Verzicht auf ein Medikament zur Hemmung der Blutgerinnung rechtfertigen könne. Gehe man von einer arteriellen Hypertonie aus, weise die Patientin gemäss der klinischen Risikoanalyse immerhin einen Wert von 2 Punkten auf, was einem relativen Schlaganfallrisiko von 2.2% pro Jahr entspreche und gemäss heutigen Empfehlungen bereits relativ zu einer Medikation verpflichte (S. 2).

3.3.2 Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, diagnostizierte im Bericht vom 5. Mai 2014 (AB 106/3) ein obstruktives Schlafapnoesyndrom sowie ein Asthma bronchiale (S. 3). Da die Patientin über eine vermehrte Müdigkeit trotz regelmässiger CPAP-Therapie klage, sei eine pneumologische Standortbestimmung durchgeführt worden (S. 4). Die geklagte Müdigkeit und Schläfrigkeit sei nicht durch eine insuffiziente CPAP-Beatmung erklärbar. Das Asthma bronchiale sei ebenfalls gut kontrolliert. Als Ausdruck des bekannten Asthma bronchiale weise die Patientin aber eine schwere bronchiale Hyperagibilität im Methacholintest auf. Im Hautallergietest zeige sie deutliche kutane Sensibilisie-

rungen auf Baum- und Gräserpollen. Die ergänzenden Allergie-Untersuchungen auf Hausstaubmilben und Katzen seien negativ gewesen (S. 5).

3.3.3 Dr. med. I. _____ führte im Bericht vom 15. Juli 2014 (AB 112 S. 5 ff.) aus, trotz fortgeführter medikamentöser Therapie berichte die Patientin über immer häufigere unangenehme Tachypalpitationen, die anfallsweise irgendwann, nicht anstrengungsabhängig, auftreten würden. Am 14. Mai 2014 sei es offenbar sogar zu einem Sturz (mit kurzer Synkope?) gekommen. Das nachfolgend wiederholte auswärtige Holter-EKG habe erneut ein über einstündiges Vorhofflimmern mit einer instantanten Frequenz um 120/Min. gezeigt, daneben aber keinerlei pathologische Pausen. Trotz medikamentöser Behandlung bestehe ein häufiges und zunehmend symptomatisches – Schwindel, allgemeine Inkontinenz, einmalige fragliche Synkope mit Sturz – paroxysmales tachykardes Vorhofflimmern, mit entsprechend hohem Leidensdruck (S. 6).

3.3.4 Dr. med. K. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte in der RAD-Stellungnahme vom 21. Juli 2014 (AB 110) aus, versicherungsmedizinisch sei mit dem Auftreten eines paroxysmalen, tachykarden Vorhofflimmerns eine somatische Verschlechterung seit November 2013 ausgewiesen (S. 3).

3.3.5 Im Bericht des Spitals G. _____ vom 8. September 2014 (AB 112/3) wurde ein paroxysmales, symptomatisches Vorhofflimmern, eine hypertensive Kardiopathie sowie ein obstruktives Schlafapnoesyndrom diagnostiziert. Die Episoden des paroxysmalen, symptomatischen Vorhofflimmerns würden jeweils akut auftreten und seien von Schwindel begleitet. Ebenfalls verspüre die Patientin während der Episoden leichten thorakalen Druck. In letzter Zeit würden jedoch die Episoden häufiger auftreten und länger als üblich dauern. Ebenfalls sei die Symptomatik deutlich intensiver. Es komme häufig zum plötzlichen Erwachen während des Schlafs, wobei die Patientin aufsitzen müsse. Dies führe zu einer Fragmentierung des Schlafes und sie sei am Folgetag nicht erholt. Die aktuelle Situation mache der Patientin Angst und beeinträchtige ihre Lebensqualität. Es sei zu rezidivierenden Synkopen, letztmalig im Sommer 2013, gekommen (S. 3). In diesem Fall seien medikamentöse Möglichkeiten einer Rhythmuskontrolle

bereits ausgeschöpft. Als einzige Alternative biete sich damit die Ablation von Vorhofflimmern an.

3.3.6 Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 27. September 2014 (AB 113) eine angstbetonte depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F32.0), eine gemischte Angststörung mit Paniktendenzen und hypochondrischen Anteilen (ICD-10 F41.3), ein paroxysmales, symptomatisches Vorhofflimmern, ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, unter CPAP-Therapie, eine hypertensive Kardiopathie sowie ein chronisches Schmerzsyndrom (S. 2 Ziff. 1.1). Im Vordergrund stehe eine anxio-subdepressive Symptomatik mit allgemeiner Verunsicherung. Die Patientin fühle sich ihren Befürchtungen ausgeliefert und ihre Gedanken würden sich wie ein Karussell um alle möglichen Konsequenzen von Sturzanfällen und Herzbeschwerden (diagnostizierte Arrhythmie) drehen. Die Grundstimmung sei deprimiert, der Antrieb vermindert. Unter konfrontativem Druck habe sie stark zunehmende Ängste und Konzentrationsschwierigkeiten. Innerliche Unruhe mit Panik-tendenzen sei bemerkbar. Die Patientin sei vermehrt sozial zurückgezogen. Die affektiv-emotionale Belastbarkeit, Stresstoleranz und die affektiv-emotionale Steuerung seien vermindert. Inhaltliche Denkstörungen und Halluzinationen bestünden keine. Im Weiteren berichte die Patientin von Durchschlafstörungen, ständiger Müdigkeit, angstbeladenen Träumen und verminderter Lust auf Intimität und Sex (S. 3 Ziff. 1.4). Derzeit sei die Patientin zu 100% arbeitsunfähig (S. 4 Ziff. 1.7). Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen sollten rein aus psychiatrischer Sicht diskutiert werden, seien jedoch aus seiner (Dr. med. L. _____) Sicht derzeit wenig erfolgversprechend. In sechs Monaten solle eine neue Beurteilung erfolgen (S. 5 Ziff. 1.11).

3.3.7 Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, diagnostizierte im Bericht vom 6. Dezember 2014 (AB 119) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, eine radiologisch leichtgradige mediale Gonarthrose links, eine beginnende Coxarthrose links, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ein Asthma bronchiale, ein Schlaf-Apnoesyndrom sowie rezidivierende Präsynkopen und Synkopen unklarer

Genese (S. 2 Ziff. 1.1). Zu den körperlichen, geistigen und psychischen Einschränkungen, d.h. auch zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit, könne er keine Angaben machen, da die letzte Konsultation wegen des Rückenleidens vor über einem Jahr stattgefunden habe (S. 3 f. Ziff. 1.7).

3.3.8 Dr. med. N._____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im undatierten, bei der Beschwerdegegerin am 2. Februar 2015 (AB 122) eingegangenen Bericht eine Claudicatio spinalis bei Diskushernie L4/L5 rechts und Diskushernie L5/L6, ein Asthma bronchiale, ein Schlafapnoe-Syndrom, ein paroxysmales symptomatisches Vorhofflimmern sowie eine mittelschwere symptomatische Episode (S. 2 Ziff. 1.1). Seit September 2003 und bis auf Weiteres bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.6).

3.3.9 Vom 28. bis 30. Januar 2015 war die Patientin im Spital G._____ hospitalisiert, wo am 29. Januar 2015 eine Katheterablation durchgeführt wurde (vgl. Bericht vom 30. Januar 2015 [AB 124/4]).

3.3.10 Dr. med. I._____ führte im Bericht vom 21. April 2015 (AB 126/3) aus, seit der Katheterablation habe die Patientin nie mehr eine paroxysmale Tachypalpitation verspürt, entsprechend sei sie auch erleichtert. Stattdessen seien nun andere Symptome in den Vordergrund getreten, wie unter anderem sporadische messerstichartige Sensationen im Kopf, ein allgemeiner schlechter Schlaf, eine vermehrte Anstrengungsdyspnoe und -intoleranz (Bergaufgehen), was kaum primär kardial bedingt sei. Hingegen keine Synkopen, keine Ödeme und keine Orthopnoe (S. 4). Im Bericht, ebenfalls vom 21. April 2015 (AB 126/1), führte Dr. med. I._____ aus, mit hoher Wahrscheinlichkeit sei die Patientin nun zumindest von Seiten ihres vormals symptomatischen paroxysmalen Vorhofflimmerns erlöst und geheilt. Allein aufgrund der erhaltenen linksventrikulären Pumpfunktion, einem fehlenden Klappenvitium und dem wieder hergestellten Sinusrhythmus würden sich aus rein kardialer Sicht keine objektiven Argumente für eine auch physische Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ergeben. Eine pulmonal-arterielle Druckerhöhung habe auch nicht nachgewiesen werden können.

3.3.11 RAD-Arzt Dr. med. H._____ führte im Bericht vom 2. Juli 2015 (AB 129) aus, die Patientin hätte an Beschwerden und Einschränkungen (ana-mnestisch Anfälle mit Bewusstseinsverlusten und Stürzen, subjektiv Herzklopfen, Schwindel) gelitten, welche zumindest zum Teil mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit einem paroxysmalen (also anfallsweisen) Vorhofflimmern in Zusammenhang gestanden hätten. Dieses sei am 6. November 2013 erstmals diagnostiziert worden. Aufgrund der Radiofrequenzablation vom 29. Januar 2015 bestehe nun die gute Chance, dass das paroxysmale Vorhofflimmern nicht mehr auftrete. Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom werde seit 2003 mittels einer nächtlichen CPAP-Therapie behandelt, bei guter Patientencompliance und mit optimalem Therapieresultat. Das zusätzlich bestehende Asthma bronchiale sei unter medikamentöser Basistherapie unter Kontrolle. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund des Schlafapnoe-Syndroms und des Asthma bronchiale sei nicht ausgewiesen. Das paroxysmale Vorhofflimmern habe die körperliche Leistungsfähigkeit der Patientin wahrscheinlich so namhaft eingeschränkt, dass mindestens seit dem 6. November 2013 und spätestens bis zur Erholung nach der Katheterablation vom 29. Januar 2015 (etwa bis eine Woche danach) keine verwertbare Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit bestanden habe. Nebst den körperlichen Symptomen hätten offenbar auch aufs Herz bezogene Ängste der Patientin (nachdem ihr das Herzleiden bekannt gewesen sei) ihre Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (S. 16).

3.3.12 Dr. med. I._____ führte im Bericht vom 24. August 2015 (AB 134) aus, die rhythmische Kontrolle ergebe weiterhin keine Hinweise für Vorhofflimmer-Rezidive, so dass bisher von einem guten postinterventionellen Ergebnis nach Katheterablation des Vorhofflimmerns ausgegangen werden könne. Die Patientin hoffe, nun auf Medikamente verzichten zu können.

3.3.13 Dr. med. E._____ diagnostizierte im Untersuchungsbericht vom 14. September 2015 (AB 135) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0), sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0, Differentialdiagnose: somatoforme Schmerzstörung [ICD-10 F45.4]). Ohne Auswir-

kung auf die Arbeitsfähigkeit bestünde der Verdacht auf dissoziative Anfälle (ICD-10 F44.5; S. 18). Psychiatrisch könnten die Diagnosen von Dr. med. D. _____ (vgl. E. 3.2.1 hiavor) übernommen werden, sowohl die depressive Störung als auch die Somatisierungsstörung. Dieses Mal hätten aber die Schmerzen im Zentrum gestanden. Zum Zeitpunkt des Gutachtens 2011 schienen diverse andere unklare Körpersymptome im Vordergrund gestanden haben. Welche der beiden Diagnosen (Somatisierungsstörung oder somatoforme Schmerzstörung) nun zutrefte, spiele keine Rolle. Die Auswirkungen seien die gleichen. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung sei nachvollziehbar. Im Rahmen ihrer (Dr. med. E. _____) Untersuchung habe sich eine leichtgradige Symptomatik (leichte deprimierte Stimmungslage mit eingeschränkter Schwingungsfähigkeit, minimale Affektierbarkeit, Interessens- und Freudverlust, subjektives Klagen über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Hinweise auf Schuldgefühle, leichte Gewichtsabnahme und Schlafstörungen) gezeigt. Dies decke sich auch mit den Ausführungen des behandelnden Psychiaters Dr. med. L. _____ (vgl. E. 3.3.6 hiavor). Die Verdachtsdiagnose dissoziativer Anfälle könne anamnestisch übernommen werden. Die Ausführungen der Gutachterin Dr. med. D. _____ seien nachvollziehbar. Zu Stürzen sei es seit zwei Jahren aber nicht mehr gekommen. Die Patientin gebe an, wieder kurze Strecken mit dem Auto zu fahren. Es fänden sich eine Reihe krankheitsfremder Faktoren (knappe finanzielle Verhältnisse, längere Arbeitslosigkeit, Ehekonflikt). Zusammenfassend gebe es keine Änderung in Bezug auf die psychiatrische Situation seit der Begutachtung 2011 (S. 18). Seitdem sei psychiatrisch keine Änderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingetreten (S. 19).

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

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismündigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberechnen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.5 Angesichts der Aktenlage sind Revisionsgründe im Sinne gesundheitlicher Veränderungen offensichtlich ausgewiesen, zumal im massgebenden Zeitraum seit der Verfügung vom 23. November 2011 (AB 60) ein paroxysmales Vorhofflimmern aufgetreten war, welches zuerst medikamentös behandelt wurde (vgl. u.a. E. 3.3.1 hiervor), bevor es am 29. Januar 2015 mittels Katheterablation transseptal mit Isolation aller Pulmonalve-

nen operativ angegangen worden war (AB 124/4). Die Veränderung des Gesundheitszustandes wird denn auch durch die übrigen Ärzte, insbesondere den Kardiologen Dr. med. I. _____ (vgl. E. 3.3.1 und 3.3.3) sowie die RAD-Ärzte Dres. med. K. _____ (AB 110) und H. _____ (AB 129), postuliert und wird von der Beschwerdegegnerin denn auch nicht bestritten (vgl. Beschwerdeantwort S. 3 Rz. 10). Aufgrund des RAD-Aktenberichts von Dr. med. H. _____ vom 2. Juli 2015 (AB 129) ist erstellt, dass mindestens seit der erstmaligen Diagnose des paroxysmalen Vorhofflimmerns am 6. November 2013 keine verwertbare Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit bestanden hat. Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht eine freie Prüfung vorgenommen. Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin seit November 2013 in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) sowie der sechsmonatigen Karenzfrist (Art. 29 Abs. 1 IVG) seit Einreichung der Neuanschuldung vom 23. Mai 2014 (AB 106) liegt der Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns im November 2014. Somit hat die Beschwerdegegnerin zu Recht ab 1. November 2014 eine ganze Rente zugesprochen.

3.6 Aufgrund der RAD-Berichte der Dres. med. H. _____ vom 2. Juli 2015 (AB 129) und E. _____ vom 14. September 2015 (AB 125) ging die Beschwerdegegnerin ab dem 7. Februar 2015 von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes aus und hob unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist nach Art. 88a Abs. 1 IVV (vgl. E. 2.5.4 hiavor) bei einem Invaliditätsgrad von 20% die ganze Rente per 31. Mai 2015 auf.

3.6.1 Aus somatischer Sicht hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf den Aktenbericht von RAD-Arzt Dr. med. H. _____ vom 2. Juli 2015 (AB 129) abgestellt. Danach liegt spätestens eine Woche nach der Katheterablation vom 29. Januar 2015 von körperlicher Seite her keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit mehr vor. Der RAD-Aktenbericht erfüllt die Voraussetzungen an medizinische Berichte (vgl. E. 3.5 hiavor) und überzeugt. Dr. med. H. _____ hat sich in seiner Beurteilung sorgfältig mit den in den medizinischen Akten hinreichend dokumentierten gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin sowie den medizinischen Akten auseinandergesetzt. Die Ausführungen in seinen Beurteilungen der medizinischen

Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Der Umstand, dass der RAD-Arzt die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersuchte, führt – entgegen deren Ansicht (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 3) – nicht zu einem verminderten Beweiswert seiner Beurteilung. Einer eigenen Untersuchung bedurfte es nicht, da der medizinische Sachverhalt in somatischer Hinsicht feststeht und es allein um die medizinische Würdigung dieses Sachverhalts geht. Auch schmälert der Umstand, dass Dr. med. H. _____ kein Facharzt für Kardiologie ist, nicht den Beweiswert seiner Aktenbeurteilung, werden seine Schlussfolgerungen – wie nachfolgend dargelegt – auch vom behandelnden Kardiologen bestätigt. Damit sind im vorliegenden Fall die Voraussetzungen für einen rechtsgenügenden Aktenbericht (Entscheid des BGer vom 14. November 2007, I 1094/06, E. 3.1.1 in fine) erfüllt und der Aktenbeurteilung kommt voller Beweiswert zu. In der Folge ist darauf abzustellen.

Die Schlussfolgerungen von Dr. med. H. _____ werden in dem Sinne auch vom behandelnden Kardiologen Dr. med. I. _____ bestätigt, wonach die rhythmische Kontrolle weiterhin keine Hinweise für Vorhofflimmer-Residive ergeben hat, so dass bisher von einem guten postinterventionellen Ergebnis nach Katheterablation des Vorhofflimmerns ausgegangen werden kann (AB 134). Dr. med. I. _____ führte bereits in den Berichten vom 21. April 2015 (AB 126/1 und 126/3) aus, dass seit dem operativen Eingriff vom 29. Januar 2015 von der Beschwerdeführerin 2015 keine paroxysmale Tachypalpitation mehr verspürt wurde und mit „hoher Wahrscheinlichkeit“ davon ausgegangen werden kann, dass sie „zumindest von Seiten ihres vormals symptomatischen Vorhofflimmerns erlöst und geheilt“ ist. Dr. med. I. _____ führte zusammenfassend aus, dass sich aus kardialer Sicht keine objektiven Argumente für eine physische Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ergeben.

An den Erkenntnissen von Dr. med. H. _____ ändern weder die übrigen medizinischen Akten, noch die Ausführungen der Beschwerdeführerin etwas. Insbesondere vermögen sie nicht, den Beweiswert der RAD-Aktenbeurteilung zu schmälern bzw. begründen keine – auch nicht nur geringe – Zweifel an der Zuverlässigkeit der Einschätzung des RAD-Arztes.

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 3) sind die Gesundheitslage und die Auswirkungen auf ihr Leistungsvermögen nicht ungenügend abgeklärt. Wie bereits erwähnt ist aufgrund der Aktenbeurteilung von Dr. med. H. _____ erstellt, dass aus kardiologischer Sicht spätestens eine Woche nach der Katheterablation vom 29. Januar 2015 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vorlag. Somit bedurfte es auch nicht – wie beschwerdeweise die Meinung vertreten wird (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. 3) – Aussagen über das Zumutbarkeitsprofil resp. eine Verweistätigkeit. Daran ändert die von der Beschwerdeführerin erwähnte (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. 3) erneute Kontrolle „im 1. Quartal 2016“ nichts. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht erwähnt (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 12), ist bezüglich dieser erneuten Kontrolle dem besagten Bericht von Dr. med. I. _____ vom 24. August 2015 (AB 124) lediglich zu entnehmen, dass diese im Zusammenhang mit dem Absetzen eines Medikamentes und allfälliger Verdachtsmomente erneuter Vorhofflimmer-Rezidive formuliert wurde. Daraus lässt sich jedoch nicht auf das (weitere) Vorliegen einer anspruchrelevanten gesundheitlichen Beeinträchtigung bzw. eines nicht ausreichend abgeklärten medizinischen Sachverhaltes schliessen. Eine seither eingetretene Verschlechterung der kardiologischen Situation wird denn auch beschwerdeweise weder gerügt noch unter Beilage entsprechender medizinischer Unterlagen dargelegt. Was das behauptete Fehlen einer fachärztlichen Auseinandersetzung mit den lungenärztlichen Befunden des Asthma bronchiale betrifft (Beschwerde S. 4 Ziff. 3), ist der Beschwerdeführerin nicht zu folgen. Diesbezüglich kam Dr. med. H. _____ zum überzeugenden Schluss, dass das Asthma bronchiale unter medikamentöser Behandlung unter Kontrolle ist und diesbezüglich keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist. Dem Asthma bronchiale wurde bereits im Gutachten vom 29. Juni 2006 (AB 13), welches Grundlage für die rentenverneinende Verfügung vom 3. Oktober 2006 (AB 18) war, keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugesprochen. Seither ist den Akten diesbezüglich keine Verschlechterung zu entnehmen, weshalb hierzu durch den RAD-Arzt nicht Stellung bezogen werden musste. Einzig Dr. med. M. _____ (AB 119) und Dr. med. N. _____ (AB 122) führten in ihren Berichten das Asthma bronchiale unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf. Dr. med. M. _____ schilderte diesbezüglich jedoch keine Symptome oder Befunde. Zudem konnte er

keine Ausführungen zu einer allfälligen Arbeits- und Leistungseinschränkung machen, weshalb auf seine Einschätzung nicht abgestellt werden kann. Gleiches gilt für die Einschätzung von Dr. med. N._____. Zwar nannte dieser unter der Anamnese eine Dyspnoe. Er machte er jedoch keine Ausführungen dazu, dass das Asthma bronchiale Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hätte.

Aufgrund des Dargelegten ergibt sich, dass spätestens eine Woche nach der Katheterablation vom 29. Januar 2015 aus somatischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit mehr vorlagen und somit ein weiterer Revisionstatbestand vorliegt.

3.6.2 Aus psychiatrischer Sicht hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf den RAD-Untersuchungsbericht von Dr. med. E._____ vom 14. September 2015 (AB 135) abgestellt. Danach gibt es keine Änderung in Bezug auf die psychiatrische Situation seit der Beurteilung im Jahre 2011. Damals kam die psychiatrische Gutachterin Dr. med. D._____ zum Schluss, aufgrund des leichten Ausprägungsgrades der depressiven Symptomatik bestehe eine Minderung der Arbeitsfähigkeit von 20% (AB 49 S. 24 Ziff. 7.1). Das Gutachten wurde sowohl vom Verwaltungsgericht (VGE IV/2012/36, E. 4.3.2) als auch vom Bundesgericht (9C_1015/2012, E. 3.2.1) als beweiskräftig eingestuft. Der Bericht von Dr. med. E._____ erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (vgl. E. 3.5 hiervor) und überzeugt. Die Fachärztin hat sich in ihrer ärztlichen Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen gestützt auf sämtliche Akten und ihre eigene Untersuchung getroffen. Die dagegen vorgebrachten Einwände vermögen den Beweiswert der RAD-Beurteilung weder zu schmälern noch begründen sie – auch nur geringe – Zweifel an der Zuverlässigkeit ihrer Einschätzung. In der Folge ist darauf abzustellen.

Der Beizug eines Dolmetschers für die psychiatrische Untersuchung war vorliegend – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. 4) – nicht erforderlich, zumal die RAD-Psychiaterin ausführte, die Beschwerdeführerin verfüge über ausreichende Sprachkenntnisse (AB 136 S. 16) und es seien bei der Exploration nur selten weitere Verständnis-

erklärungen nötig gewesen (S. 20). Zudem forderte die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin nach Bekanntgabe des Namens der psychiatrischen RAD-Untersucherin (vgl. AB 130) keinen Dolmetscher. Auch machte sie im Anschluss an die Begutachtung sprachliche Schwierigkeiten weder umgehend noch im Einwand vom 13. November 2015 (AB 138) gegen den Vorbescheid geltend. Erst in der Beschwerde vom 1. Februar 2017 werden solche vorgetragen. Es überzeugt zudem nicht, dass die Beschwerdeführerin erst im Beschwerdeverfahren (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. 4) darauf hinweist, dass sie anlässlich der RAD-Untersuchung eine Begutachtung in der Muttersprache gefordert hätte. Die Beschwerdeführerin lebt seit 1980, d.h. seit über 35 Jahren, in der Schweiz (AB 1 S. 3 Ziff. 4.1). Sie erwarb 2008 das Schweizer Bürgerrecht (AB 31 S. 1 Ziff. 1.6). Sie arbeitete über 25 Jahre im deutschsprachigen Teil der Schweiz (vgl. IK-Auszug [AB 19]) und absolvierte den „...-Kurs“ (AB 1 S. 4 Ziff. 6.1), was insgesamt gegen massgebliche sprachliche Probleme spricht. Weiter sind den Akten keine Anhaltspunkte zu entnehmen, welche nachvollziehbar auf Sprachprobleme hinweisen würden. Zwar fand der erste Teil (Anamnese) der MEDAS-Begutachtung 2006 (AB 13) unter Beizug einer Übersetzerin statt, jedoch habe die Beschwerdeführerin teilweise selber Auskunft gegeben. Sie habe gebrochen deutsch gesprochen. Im Laufe der Untersuchung sei aufgefallen, dass sie ein sehr wechselndes Verständnis der verbalen Anweisungen gezeigt und manchmal Fachwörter gebraucht habe (S. 36). Die zweite psychiatrische Begutachtung 2011 fand ohne Dolmetscher statt, nachdem die Beschwerdeführerin im Rahmen des vorabklärenden Telefonates mit der begutachtenden Dr. med. D. _____ für gutachterliche Zwecke ausreichende Sprachkenntnisse gezeigt habe. Zu Beginn der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin ein massiv verlangsamtes, abgehacktes Hochdeutsch mit inkorrektter Satzordnung und ausschliesslicher Verwendung des Infinitivs („z.B. Du gehen nach Hause“) gesprochen, welches willkürlich verschlechtert gewirkt habe. Diese Sprechweise sei im Laufe der dreistündigen Exploration nicht durchgehalten worden. Die Beschwerdeführerin habe nach einiger Zeit das bereits vom Telefonat her bekannte, annähernd flüssige Hochdeutsch mit eingestreuten schweizerdeutschen Ausdrücken mit nur diskreter, wahrscheinlich sprachlich bedingter Verlangsamung gesprochen (AB 49 S. 17 f. Ziff. 5.1). Dieses Verhalten beurteilte die Gutachterin als bewusste Simulation (S. 21). Zu Recht machte denn

auch die Beschwerdeführerin im nach Erlass der Verfügung vom 23. November 2011 (AB 60) folgenden Gerichtsverfahren vor Verwaltungsgericht (vgl. AB 63/27) und Bundesgericht (AB 78/2) keine sprachlichen Probleme geltend. Solche bestanden denn auch im Belastbarkeitstraining vom 11. November 2013 bis 9. Februar 2014 keine. Dem diesbezüglichen Bericht vom 11. Februar 2014 (AB 95) ist zu entnehmen, dass sich die Kommunikation mit der Beschwerdeführerin problemlos gestaltet hat und sie sich gut und verständlich hat ausdrücken können. Sie hätte meistens auch Gespräche in Dialekt verstanden und bei Unsicherheit sofort nachgefragt (S. 3 Ziff. 5.3). Daher überzeugt es nicht, wenn im weiteren Verlauf sprachliche Probleme geltend gemacht werden (vgl. etwa Bericht von Dr. med. L. _____ vom 22. September 2014 [AB 112/1] sowie Beschwerde).

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 6 Ziff. 4) bedurfte es zur psychiatrischen Beurteilung keines aktuellen Berichts des behandelnden Psychiaters Dr. med. L. _____, zumal Dr. med. E. _____ die Beschwerdeführerin persönlich untersuchte und sie sich von den aktuellen Befunden selbst ein Bild machen konnte. Zudem machte die Beschwerdeführerin weder eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes seit dem Bericht von Dr. med. L. _____ vom 27. September 2014 (AB 113) geltend, noch wird eine solche unter Beilage entsprechender medizinischer Unterlagen dargelegt. Dass sich die RAD-Psychiaterin zu wenig mit der von Dr. med. L. _____ am 27. September 2014 (AB 113) diagnostizierten gemischten Angststörung mit Paniktendenzen und hypochondrischen Anteilen (ICD-10 F41.3) auseinandersetzt (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. 4), entspricht nicht der Aktenlage. So ist dem besagten RAD-Untersuchungsbericht vom 14. September 2015 (AB 136) nachvollziehbar zu entnehmen, dass eine isolierte Angststörung nicht diagnostiziert werden kann. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Angstsymptome würden sich teilweise unter die Somatisierungsstörung und teilweise unter die depressive Symptomatik einordnen lassen. Die Kriterien einer hypochondrischen Störung, so Dr. med. E. _____, seien nicht erfüllt (S. 23 Ziff. 6.4). Diese Schlussfolgerung ist nachvollziehbar. Die Diagnosekategorie „andere gemischte Angststörungen (ICD-10 F41.3)“ soll für Störungen verwendet werden, welche die Kriterien für eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) erfüllen und gleichzeitig deutliche (aber häufig

nur kurzzeitig andauernde) Merkmale anderer Störungen aus dem Kapitel ICD-10 F40-F48 zeigen, aber die Kriterien für diese Störungen nicht vollständig erfüllen (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 200). Wie bereits Dr. med. D. _____ im Gutachten vom 12. Juli 2011 (AB 49) zum Schluss kam, sind vorliegend die diagnostischen Kriterien einer Angststörung oder einer hypochondrischen Störung nicht erfüllt (S. 23). Das psychiatrische Gutachten wurde sowohl vom Verwaltungsgericht als auch vom Bundesgericht als vollständig beweiskräftig eingestuft (VGE IV/2012/36 E. 4.3.2 [AB 77 S. 16] und BGer 9C_1015/2012 E. 3.2.1 [Ab 84 S. 7]). Die darin aufgeführten, von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und die erhobenen Befunde haben sich seither nicht verschlechtert. Eine Verschlechterung wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht. Daher ist vorliegend erstellt, dass die Diagnose ICD-10 F41.3 nicht ausgewiesen ist.

Zusammenfassend ist erstellt, dass seit der psychiatrischen Begutachtung 2011 (AB 49) psychiatrisch keine Änderung eingetreten ist, d.h. dass diesbezüglich weiterhin von einer 20%-igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden kann. Daran ändert der Umstand nichts, dass die im Vergleichszeitpunkt massgebend gewesene Rechtsprechung zur sog. Überwindbarkeitsvermutung bei entsprechenden Störungen zwischenzeitlich aufgegeben wurde. Eine Prüfung der neu in BGE 141 V 281 eingeführten Standartindikatoren erübrigt sich. Selbst wenn die erwähnten Standartindikatoren bejaht würden und von einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 20% ausgegangen würde, hätte dies bei gleichzeitiger vollständiger Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht nicht zur Folge, dass der Schwellenwert von 40% zur Begründung einer Invalidenrente erreicht würde.

3.6.3 Aufgrund des unter E. 3.6.1 und 3.6.2 hiavor Dargelegten ist erstellt, dass spätestens eine Woche nach der Katheterablation vom 29. Januar 2015, d.h. ab dem 5. Februar 2015, mit einer Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20% von keinem rentenbegründenden Invaliditätsgrad mehr auszugehen ist. Unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV, wonach Verbesserungen jeweils nach Ablauf von drei Monaten

zu berücksichtigen sind (vgl. E. 2.5.4 hiavor), hat die Beschwerdegegnerin zu Recht mit Verfügung vom 23. Dezember 2016 (AB 149) die ganze Rente per 31. Mai 2015 aufgehoben.

3.7 Soweit im mündlichen Parteivortrag vom 21. August 2017 neu eine Verletzung von Treu und Glauben vorgebracht wird, ist den Ausführungen der Beschwerdeführerin nicht zu folgen. Es wurde ihr bei Beendigung des Belastbarkeitstrainings im Mai 2014 nicht versprochen, dass bei Verbesserung bzw. Stabilisierung ihres Gesundheitszustandes per se erneut Eingliederungsmassnahmen durchgeführt würden. Vielmehr hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin am 20. Mai 2014 (AB 105) lediglich mitgeteilt, dass aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes derzeit keine beruflichen Massnahmen möglich seien und dass sie, falls sich die Verhältnisse ändern würden, ein neues Gesuch in Schriftform einreichen könne. Weiter zielt, anders als in der öffentlichen Schlussverhandlung vom 21. August 2017 vorgebracht, die Rechtsprechung, wonach die Verwaltung sowohl bei der revisions- wie auch bei der wiedererwägungsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen hat, sofern die versicherte Person das 55. Altersjahr zurückgelegt hat oder die Rente seit mehr als 15 Jahre bezogen hat, auf einen bestehenden Rentenanspruch und ist daher vorliegend, bei einer rückwirkend zugesprochenen abgestuften oder befristeten Rente nicht anwendbar (Entscheid des BGer vom 13. April 2016, 9C_168/2015, E. 6).

3.8 Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung vom 23. Dezember 2016 (AB 149) als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

4.

4.1 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. 1'000.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung gemäss Art. 6 EMRK vom 21. August 2017)
- IV-Stelle Bern (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung gemäss Art. 6 EMRK vom 21. August 2017)
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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