

200 17 171 IV
GRD/SHE/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 19. April 2018

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Januar 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1963 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 3. Januar 2012 mit Hinweis auf seit ca. 2009 bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen der HWS und an den Händen sowie wegen einer seit dem 25. Mai 2011 bestehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Die IVB tätigte medizinische und berufliche Abklärungen. Insbesondere gewährte sie Arbeitsvermittlung (AB 28), liess die Versicherte neurochirurgisch (AB 38.3) und psychiatrisch (AB 38.1) untersuchen, holte Stellungnahmen beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) ein (39, 60, 87, 92, 93) und gewährte ein Aufbautraining vom 7. April bis 29. Juni 2014 (AB 48), welches frühzeitig per 13. Mai 2014 abgebrochen wurde (AB 63). Weiter tätigte die IVB eine Abklärung vor Ort (AB 94). Mit Vorbescheid vom 27. April 2016 (AB 95) stellte sie der Versicherten in Aussicht, bei einem in Anwendung der gemischten Methode (60% Erwerb, 40% Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad von 68% eine vom 1. Juli bis 30. November 2012 befristete Dreiviertelsrente auszurichten. Ab 1. Dezember 2012 bestehe bei einem Invaliditätsgrad von 17% kein Anspruch auf eine Invalidenrente mehr. Nach hiergegen erhobenen Einwänden (AB 96, 99) holte die IVB beim RAD weitere Stellungnahmen (AB 102, 103) ein. Mit Verfügung vom 11. Januar 2017 (AB 107) entschied sie dem Vorbescheid entsprechend.

B.

Mit Eingabe vom 13. Februar 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, hiergegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. Januar 2017 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, den Gesundheitszustand ihrer Versicherten in rechtsgenügender Weise abklären zu lassen. Auf dieser Basis sei der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin erneut zu prüfen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Der Beschwerde beigelegt war u.a. der Bericht von PD Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 7. Dezember 2016 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 3). Mit Eingabe vom 3. März 2017 liess die Beschwerdeführerin dem Verwaltungsgericht einen Bericht von PD. Dr. med. C. _____ vom 1. März 2017 (BB 6) zukommen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 10. März 2017 auf Abweisung der Beschwerde. Dieser beigelegt war eine RAD-Stellungnahme vom 2. März 2017 (AB 110).

Mit prozessleitender Verfügung vom 15. März 2017 gewährte der Instruktionsrichter den Parteien die Gelegenheit, bis zum 14. April 2017 Schlussbemerkungen einzureichen. Hiervon machten die Parteien am 29. März und 18. April 2017 Gebrauch.

Erwägungen:

1.

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

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. Januar 2017 (AB 107). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere, ob die Dreiviertelsrente zu Recht lediglich befristet vom 1. Juli bis 30. November 2012 ausgerichtet 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbe-

reich 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 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 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 5 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293). Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293; Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 6. September 2017, 9C_752/2016 [zur Publikation vorgesehen], E. 2.1).

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).

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).

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 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

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 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Entscheid des 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 Was den Gesundheitszustand betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Dr. med. D. _____, Fachärztin für Neurochirurgie, führte im neurochirurgischen Gutachten vom 30. August 2013 (AB 37.1) aus, es bestehe eine chronische bewegungs- und belastungsabhängige zervikale und zervikobrachialgieforme Schmerzsymptomatik beidseits, aktuell rechtsbetont, sowie eine bewegungs- und belastungsabhängige chronische und lumbale Schmerzsymptomatik. Weiter lägen degenerative HWS- und LWS-Veränderungen sowie ein Status nach operativem Eingriff im Bereich der HWS und eine Pseudospondylanterolisthese L5/S1 mit Anhaltspunkten für Instabilität vor. Die Befunde begründeten gesamthaft eine verminderte Wirbelsäulenbelastbarkeit (S. 25 Ziff. 1). Die bisherige Tätigkeit im ... sei der Versicherten bleibend nicht mehr zumutbar (Ziff. 2). Eine anhaltende medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20% oder mehr könne gemäss vorliegenden medizinischen Unterlagen für körperliche Tätigkeiten seit 2011 angenommen werden (S. 26 Ziff. 6). Der Versicherten seien aus neurochirurgischer Sicht andere Tätigkeiten zumutbar (S. 27 Ziff. 10), nämlich körperlich leichte konsequent wechselbelastende Arbeiten. Ausgeschlossen seien körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten, solche welche die HWS und LWS belasten würden, Arbeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der HWS und LWS, Tätigkeiten in Zwangshaltungen der HWS und LWS (repetitive Arbeiten über Schulterhöhe und über Kopf, vornübereineigte Tätigkeiten), Arbeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der HWS und LWS und solche mit Vibrationen und Schlägen auf das Ach-

senorgan. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 5 kg limitiert (Ziff. 11). Weiter müsse die Einhaltung einer rückergonomischen Arbeitsplatzgestaltung und rückergonomischer Verhaltensweisen gewährleistet sein (Ziff. 12). Eine solche Arbeit sei sechs Stunden am Tag an fünf Tagen die Woche zumutbar (Ziff. 13). Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von 10-20% (Ziff. 14). Dieses Leistungsprofil habe seit ca. März 2012, bei zusätzlicher Berücksichtigung der handchirurgischen Eingriffe spätestens seit Juni 2013 Gültigkeit (S. 26 Ziff. 6).

Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im psychiatrischen Gutachten vom 24. September 2013 (AB 38.1) fest, es bestünden keine geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen (S. 14 Ziff. 1). Es sei von normalem psychischem Funktionieren auszugehen und die Versicherte sei auch psychisch normal belastbar (Ziff. 3). Sie wäre aus versicherungspsychiatrischer Sicht zu achteinhalb Stunden täglich an fünf Tagen die Woche ohne Verminderung der Leistungsfähigkeit arbeitsfähig (Ziff. 4 f.) und zwar in jeglicher Tätigkeit (S. 15 Ziff. 10 ff.).

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Dres. med. D. _____ und E. _____ zum Schluss, der Versicherten sei eine leidensangepasste Tätigkeit (vgl. Zumutbarkeitsprofil von Dr. med. D. _____) in einem zeitlichen Rahmen von sechs Stunden pro Tag an fünf Tagen die Woche bei dabei bestehender 10-20%-iger verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar (AB 38.2 S. 3).

3.1.2 Med. pract. F. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation vom RAD, führte in der Beurteilung vom 12. November 2013 (AB 39) aus, der Versicherten sei die von ihr gewählte Arbeitstätigkeit von 80% (bzw. sechs Stunden pro Tag an fünf Tagen die Woche) weiterhin zumutbar. Allerdings sei die Tätigkeit im ... dauerhaft nicht mehr zumutbar. Eine Tätigkeit im ... sei ihr mit einer maximalen Leistungsminderung von 10% langfristig sowohl bei einem Sechsstunden- als auch Achtstundentag zumutbar. Hierbei sollte auf eine ergonomische Anpassung des Arbeitsplatzes geachtet werden (S. 3).

3.1.3 Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 13. Mai 2014 (AB 54) fest, seit Beginn des Aufbau-

programms mit zumeist sitzender Tätigkeit und gelegentlichem Umhergehen sei es nun schon in der ersten Phase von zeitlich begrenzter Arbeit, vor allem aber seit Ausbau des zeitlichen Einsatzes zu einer ausgeprägten Exazerbation der Rückenbeschwerden gekommen. Bei den Diagnosen wie lumbale, thorakale und zervikale Veränderungen, Status nach Bandscheibenoperation in der HWS und Status unter noch laufender Physiotherapie sei die Beschwerdesituation aus ärztlicher Sicht nachvollziehbar und plausibel. Bei der Untersuchung vom 13. Mai 2014 hätten ähnliche Befunde erhoben werden können, wie vor Beginn der physiotherapeutischen Behandlung im Sommer 2013 vorgelegen hätten, d.h. die Versicherte sei nun wieder auf den Krankheitszustand vom Sommer 2013 „zurückgeworfen“. Aufgrund der Beschwerden und erhobenen Befunde müsse die Arbeitsfähigkeit reduziert werden. Ab sofort bestehe deshalb für zwei bis drei Wochen eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Anschliessend sei unter der Bedingung einer Arbeitstätigkeit in wechselnden Haltungen (sitzend und gehend, gelegentlich auch kurzzeitig stehend) von einer Arbeitsfähigkeit von 40% auszugehen. Es sei damit zu rechnen, dass wenn die Versicherte während der Phase der 100%-igen Arbeitsunfähigkeit intensiv physiotherapeutisch behandelt werde, eine derartige Arbeit dann bewältigt werden könne (S. 2).

3.1.4 Dr. med. F. _____ führte im Bericht vom 17. Juni 2014 (AB 60) aus, am Zumutbarkeitsprofil, welches von Dr. med. D. _____ erarbeitet worden sei, könne weiterhin festgehalten werden (S. 1). Wichtig sei, dass im Rahmen der Eingliederungsbemühungen die Vorgaben in Bezug auf die Ergonomie, Körperhaltung usw. eingehalten würden. Eine rein sitzende Tätigkeit sei nicht zumutbar. Eine wie vom Eingliederungsmanagement geplante wechselbelastende Tätigkeit im ... sei weiterhin ganztags zumutbar, mit einer maximalen 10%-igen Leistungsminderung (S. 2).

3.1.5 Dr. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 24. Oktober 2014 (AB 76/2) eine Rotatorenmanschettenruptur (Supraspinatus partiell) rechts mit subacromialer Bursitis. Aufgrund der Schmerzpersistenz sei bei grossem Leidensdruck die konservative Therapie weitestgehend ausgeschöpft.

Am 21. November 2014 (AB 79/2) unterzog sich die Versicherte bei Dr. med. H._____ einer Operation an der rechten Schulter. Dieser hielt im Bericht vom 23. Januar 2015 (AB 81) fest, bis vor einigen Tagen sei die Versicherte mit dem postoperativen Resultat zufrieden gewesen und habe deutlich weniger Schmerzen gehabt. Anfangs Januar 2015 sei sie (teilweise auf die rechte Seite) gestürzt. Seither bestünden zunehmend bewegungsabhängige Schmerzen, wobei die Versicherte die Lokalisation nicht genau angeben könne. Durch den Sturz habe womöglich eine Retraumatisierung stattgefunden. In der klinischen Untersuchung liege eine intakte Rotatorenmanschette vor, wenn auch leicht abgeschwächt (Supraspinatus). Eine akute traumatische Ruptur der bereits ausgedünnten Supraspinatussehne könne klinisch weitestgehend ausgeschlossen werden.

3.1.6 Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom RAD, führte im Bericht vom 21. September 2015 (AB 87) aus, aus orthopädischer Sicht könne bezüglich der Wirbelsäulenproblematik vollumfänglich auf das neurochirurgische Gutachten von Dr. med. D._____ abgestellt werden, wonach der Versicherten eine leidensangepasste Tätigkeit während sechs Stunden pro Tag an fünf Tagen die Woche bei dabei um maximal 10-20% verminderter Leistungsfähigkeit zugemutet werden könne. Das operierte Karpaltunnel- und Sulcus-ulnaris-Syndrom beidseits seien ohne Relevanz für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Ebenso wenig würden sich aus dem Status nach Epipingplastik des Sattelgelenkes beidseits zusätzliche Einschränkungen ergeben. Der Versicherten sei die Tätigkeit im ... bleibend nicht mehr zuzumuten. Unter Berücksichtigung des genannten Zumutbarkeitsprofils sei allenfalls eine angepasste ... möglich. Da der Verlauf der Schulterproblematik zu wenig dokumentiert sei, forderte Dr. med. I._____ um Ergänzung der Akten (S. 2).

3.1.7 Dr. med. H._____ gab der Beschwerdegegnerin im Schreiben vom 15. Oktober 2015 (AB 90/2) bekannt, er habe die Versicherte am 21. Januar 2015 letztmals in seiner Sprechstunde gesehen. Damals sei besprochen worden, dass man die Physiotherapie weiterführe und die Versicherte ihm nach ca. sechs Wochen über den Verlauf berichte. Sie habe sich aber nicht bei ihm gemeldet, so dass er keine Angaben über den wei-

teren Verlauf tätigen könne. Er habe heute mit ihr telefoniert. In der Tat habe sie seither keine Verlaufskontrollen mehr wahrgenommen (auch nicht bei einem anderen Arzt). Sie berichte noch über leichte Restbeschwerden. Eine Verlaufskontrolle sei jedoch von Seiten der Versicherten aktuell nicht notwendig.

3.1.8 Med. pract. F. _____ hielt im Bericht vom 17. November 2015 (AB 92) fest, nachdem sich die Versicherte nach dem letzten Sprechstundentermin vom 21. Januar 2015 und Erhalt eines Physiotherapiepreskriptionssechs Wochen später nicht mehr zur Verlaufskontrolle gemeldet oder sich an einem anderen Tag vorgestellt habe, könne und müsse auch laut RAD-Arzt Dr. med. I. _____ davon ausgegangen werden, dass wie zu erwarten, spätestens drei Monate postoperativ (Februar 2015) wieder eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsfähigkeit ohne weitere Einschränkungen im Sinne der Invalidenversicherung bestanden habe. Das erstellte Zumutbarkeitsprofil im neurochirurgischen Gutachten von Dr. med. D. _____ gelte weiterhin, da es sich bei den von Dr. med. H. _____ behandelten Beschwerden nur um eine vorübergehende, kurzfristige, gut therapierbare Erkrankung gehandelt habe (S. 3). Vor der Schulteroperation habe das von Dr. med. D. _____ erstellte und von Dr. med. I. _____ bestätigte Zumutbarkeitsprofil gegolten.

3.1.9 Dr. med. J. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom RAD, führte in der Aktenbeurteilung vom 11. August 2016 (AB 103) aus, es seien keine weiteren Abklärungen notwendig. An den Feststellungen von Dr. med. F. _____ im Bericht vom 17. November 2015 (AB 92) könne festgehalten werden. Begründet auf die konsiliarischen Stellungnahmen von Dr. med. I. _____ sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im ... auf die Dauer nicht mehr gegeben. Das bereits per neurochirurgischem Gutachten vom 30. August 2013 formulierte und vom RAD-Orthopäden mit Stellungnahme vom 21. September 2015 bestätigte Zumutbarkeitsprofil behalte weiterhin Gültigkeit mit der zeitlichen Einschränkung vom 21. November 2014 bis 21. Februar 2015. In dieser Zeit habe wegen einer Rekonvaleszenz nach der Schulteroperation eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit vorgelegen.

3.1.10 Am 7. November 2016 (AB 106/2) erfolgte durch PD Dr. med. C._____ eine Infiltration der Facettengelenke L5/S1 beidseits. Dieser führte im Bericht vom 7. Dezember 2016 (BB 3) aus, nach der Infiltration sei es eigentlich nur sehr kurzfristig zu einer Änderung des Beschwerdebildes gekommen. Die Versicherte hätte wohl in den ersten beiden Nächten den Eindruck einer gewissen Erleichterung gehabt, grundsätzlich habe sich das Beschwerdebild aber nicht wesentlich verändert. Sie habe jetzt zuletzt auch wieder vermehrt Beschwerden mit Blockaden-Phänomenen im thorakalen Bereich empfunden und beschreibe auch heute eigentlich muskuläre Beschwerden im Bereich der gesamten Wirbelsäule. Eine wesentliche Abstrahlung in die Beine liege nach wie vor nicht vor; gelegentlich bestehe ein leichtes Ziehen im Glutealbereich. Bildgebend sei tatsächlich die Etage L5/S1 mit Anterolisthese und auch den Foraminalstenosen führend. Das klinische Beschwerdebild sei aber sehr diffus und auch weit ausgedehnt, so dass der Effekt einer Fusionsoperation L5/S1 für die Versicherte gesamthaft etwas fraglich sei (S. 1). Er (PD Dr. med. C._____) wäre daher mit einer Operationsindikation doch eher zurückhaltend, zumal eigentlich keine klaren lumboradikulären Symptome oder sogar sensomotorischen Defizite bestünden. Er habe geraten den weiteren Verlauf eher noch etwas abzuwarten. Im Januar würde aber der Befund nochmals kontrolliert (S. 2).

3.1.11 Dr. med. K._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 2. März 2017 (AB 110) fest, die Rechtsvertreterin der Versicherten stütze ihre Beschwerde auf die fehlende Aktualität des Gutachtens von 2013 sowie auf radiologische Befunde, welche sich gemäss zeitlichem Verlauf verschlechtert haben müssten. Ausser Acht lasse sie dabei, dass spezialärztliche Befunde aus jüngster Vergangenheit vorlägen, die eine versicherungsmedizinische Beurteilung ermöglichen würden. Klar werde mit der Stellungnahme von PD Dr. med. C._____ vom 7. Dezember 2016 formuliert, dass keine radikulären Beschwerden vorlägen, die auf eine Beteiligung von Nervenwurzeln hinweisen würden. Stattdessen würden „diffuse und weit ausgedehnte“ Beschwerden geschildert, die muskulär zugeordnet werden könnten. Schlussendlich wäre hier über eine gezielt Physiotherapie und Eigenübungen Abhilfe zu schaffen. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden auf Dauer liege somit nicht vor. Nicht zulässig

seien die Schlussfolgerungen der Rechtsvertreterin, dass radiologische Befunde der HWS ohne klinisches Korrelat im Lauf der Zeit zwingend zunehmen müssten und somit eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bedingen würden. Selbst wenn ein Fortschritt der radiologischen Befunde stattgefunden haben sollte, sei damit noch nicht gesagt, dass diese Funktion und Sensibilität der versorgten Körperareale einen negativen Einfluss hätten. Hier werde lediglich juristisch spekuliert, wobei das klinische Bild gegen die Annahme der Rechtsvertreterin spreche. Es werde im Bericht ausdrücklich mitgeteilt, dass „keine sensomotorischen Defizite“ bestünden (S. 3). Eindeutig sei das Vorgehen des Spezialisten PD Dr. med. C. _____ zu werten, der in einem Wechsel der Schmerzmedikation und Zuwarten eine Therapieoption schaffe. Am bisherigen Zumutbarkeitsprofil könne festgehalten werden. Aufgrund der ausführlichen spezialärztlichen Dokumentation sei keine weitere Abklärung notwendig (S. 4).

3.1.12 PD Dr. med. C. _____ hielt im Bericht vom 1. März 2017 (BB 6) nach nochmaliger Durchsicht der MRI-Bilder von 2013 und 2016 Folgendes fest: Die grundsätzliche Pathologie einer Spondylolisthese der Etage L5/S1 auf Basis einer beidseitigen Spondylolyse L5 sei auch auf den Bildern von 2013 bereits zu sehen. Dies führe auch zu deutlichen Abnutzungsveränderungen der Bandscheibe L5/S1. Diese Veränderung habe tendenziell auf den Bildern von 2016 etwas zugenommen in dem Sinne, dass die Schiebewegung des Wirbels L5 über S1 deutlicher zu sehen sei. Der Bereich der Bandscheibe erscheine in etwa gleich bleibend, auch die Höhe der Bandscheibe sei vergleichbar. Die übrigen Bandscheibenfächer seien im Lumbalbereich eigentlich unverändert. Somit sei von einer zumindest leichten Verschlechterung im Bereich L5/S1 auch radiologisch auszugehen. Es sei anzumerken, dass diese Veränderung sicherlich Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten habe, vor allem als Serviertochter. Dies sei seines Erachtens von Seiten der Begutachtung bis dato nicht ausreichend berücksichtigt worden.

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen

Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

3.3 Die Beschwerdegegnerin stellte in der Verfügung vom 11. Januar 2017 (AB 107) im Wesentlichen auf das neurochirurgische Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 30. August 2013 (AB 37.1) ab, wonach der Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit im ... bleibend nicht mehr zumutbar sei (S. 25 Ziff. 2), jedoch eine leidensangepasste Arbeit an sechs Stunden täglich, fünf Tage die Woche bei dabei bestehender 10-20%-iger Leistungseinschränkung (S. 27 Ziff. 10 ff.). Das Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen, weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (E. 3.2 hiervor). Die Fachärztin hat sich in ihrer Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Untersuchung und die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatte Kenntnis aller Vorakten und würdigte die ihr zur Verfügung stehenden Informationen einlässlich. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend sowie die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. Insgesamt erweist sich der medizinische

Sachverhalt – entgegen den Vorbringen in der Beschwerde – als genügend abgeklärt und von weiteren Beweismassnahmen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb auf sie verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Dem Gutachten kommt damit uneingeschränkte Beweiskraft zu und es ist in der Folge darauf abzustellen, zumal auch die RAD-Ärzte med. pract. F._____ sowie Dres. med. I._____, J._____ und K._____ (AB 39, 60, 87, 92, 103, 110) im Wesentlichen die Schlussfolgerungen von Dr. med. D._____ teilten. Einzig med. pract. F._____ postulierte entgegen der von der Gutachterin angegebenen Leistungseinschränkung von 10-20% lediglich eine solche von 10% (AB 39, 60) und führte aus, der Beschwerdeführerin wäre einer ... auch ganztags (AB 60) bzw. während acht Stunden (AB 39) zumutbar. Ihre Abweichungen begründet sie jedoch nicht, weshalb in diesen Punkten nicht auf ihre Beurteilung abgestellt werden kann. Die übrigen Berichte der behandelnden Ärzte sowie die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwendungen vermögen die Schlüssigkeit und die Beweiskraft der Feststellungen von Dr. med. D._____ und der RAD-Ärzte – wie nachfolgend dargelegt – nicht zu schmälern.

Der Bericht des Allgemeinmediziners und Hausarztes Dr. med. G._____ vom 13. Mai 2014 (AB 54) vermag am festgelegten Zumutbarkeitsprofil nichts zu ändern. Einerseits legte RAD-Ärztin med. pract. F._____ in Kenntnis des Hausarztberichts am 17. Juni 2014 (AB 60) dar, dass weiterhin auf das von Dr. med. D._____ formulierte Zumutbarkeitsprofil abzustellen sei und dass eine rein sitzende Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Auch Dr. med. I._____ legte in seiner Stellungnahme vom 21. September 2015 (AB 87) dar, dass – mit Ausnahme der Schulterproblematik, bei welcher noch Abklärungsbedarf bestehe – vollumfänglich auf das neurochirurgische Gutachten von Dr. med. D._____ abgestellt werden könne. Aber selbst, falls es, wie Dr. med. G._____ ausführte, in der ersten Phase des ab 7. April 2014 beginnenden Abklärungsprogramms zu einer Verschlechterung der Wirbelsäulenproblematik gekommen sein sollte, muss ab Ende Juni 2014 wieder vom Zumutbarkeitsprofil gemäss neurochirurgischem Gutachten ausgegangen werden. Denn anlässlich des Telefongesprächs zwischen der Eingliederungsfachperson und Dr. med. G._____ vom 11. August 2014 hielt dieser fest,

die letzte Kontrolle habe bei ihm am 27. Juni 2014 stattgefunden. Aus seiner Sicht könnte eine Arbeitsunfähigkeit ab 13. Mai 2014 für einen Zeitraum von einem Monat bis sechs Wochen bestätigt werden, d.h. per Ende Juni 2014 sollte die Beschwerdeführerin eigentlich wieder arbeitsfähig sein (vgl. Protokoll per 10. März 2017 [in den Gerichtsakten]). Damit betrug die allfällige Verschlechterung weniger als drei Monate, weshalb in dieser Zeit kein Rentenanspruch entstehen konnte (E. 2.5.3 hiavor).

Nicht anders verhält es sich mit der Schulterproblematik. Die Beschwerdeführerin unterzog sich am 21. November 2014 einer operativen Arthroskopie rechts (AB 79/2). Aufgrund des Umstandes, dass sie sich nach der letzten Konsultation vom 21. Januar 2015 entgegen den Abmachungen nicht mehr bei Dr. med. H. _____ meldete (AB 90/2), kann davon ausgegangen werden, dass die operativbedingte Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit weniger als drei Monate betrug. Dies wird auch von RAD-Ärztin med. pract. F. _____ im Bericht vom 17. November 2015 bestätigt (AB 92).

Schliesslich vermögen auch die Berichte von PD Dr. med. C. _____ vom 7. November (AB 106/2) und 1. März 2017 (BB 6) keine Änderung des von Dr. med. D. _____ formulierten Zumutbarkeitsprofils zu begründen. Die RAD-Ärztin Dr. med. K. _____ legte in der Stellungnahme vom 2. März 2017 (AB 110) nachvollziehbar dar, dass gemäss dem Bericht von PD Dr. med. C. _____ vom 7. November 2016 keine radikulären Beschwerden vorlagen, die auf eine Beteiligung der Nervenwurzeln hinweisen. Sie wies schlussendlich darauf hin, dass nach wie vor am bisherigen Zumutbarkeitsprofil festgehalten werden kann und aufgrund der ausführlichen spezialärztlichen Dokumentation keine weiteren Abklärungen notwendig waren. Im Bericht vom 1. März 2017 (BB 6) geht PD Dr. med. C. _____ zwar davon aus, dass „zumindest“ von einer leichten Verschlechterung im Bereich L5/S1 auszugehen ist, die sicherlich Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin habe, vor allem als Serviertochter. Es ist jedoch von den Parteien unbestritten, dass die Arbeit im ... der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar ist. Was für zusätzliche Einschränkungen eine allfällige „leichte Veränderung“ im Bereiche von L5/S1 in einer angepassten Tätigkeit haben könnte, führt er nicht aus.

4.

Zu prüfen ist im Folgenden, wie es sich mit der Invalidität im Erwerbsbereich verhält. Dabei ist der Invaliditätsgrad nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.3 hiavor).

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

4.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik (BfS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

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

gebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.4 Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass seit 2011 von einer anhaltenden medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeit von 20% oder mehr für körperliche Tätigkeiten ausgegangen werden kann (AB 37.1 S. 26 Ziff. 6 i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) sowie der sechsmonatigen Karenzfrist (Art. 29 Abs. 1 IVG) seit Einreichung der IV-Anmeldung vom 3. Januar 2012 (AB 2) liegt der Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns im Juli 2012. Somit ist der Einkommensvergleich auf das Jahr 2012 hin vorzunehmen.

4.5 Da der Beschwerdeführerin ihre Anstellung als ... aus wirtschaftlichen Gründen per 31. Januar 2012 gekündigt wurde (Kündigungsschreiben vom 5. Dezember 2011 [AB 8/9]), wäre sie auch im Gesundheitsfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr bei der damaligen Arbeitgeberin angestellt. Die Aussage der Beschwerdeführerin, wonach ihr krankheitsbedingt gekündigt worden sei (vgl. Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 19. April 2016 [AB 94/2] S. 4 Ziff. 3.2) überzeugt nicht, zumal die ehemalige Arbeitgeberin auch gegenüber der Beschwerdegegnerin schriftlich eine Kündigung aus wirtschaftlichen Gründen bestätigte (vgl. Fragebogen vom 25. Februar 2012 [AB 8 S. 4 Ziff. 2.2]). Da somit die gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht ursächlich für die Kündigung waren, rechtfertigt

sich für die Bestimmung des Valideneinkommens rechtsprechungsgemäss ein Abstellen auf Tabellenlöhne (Entscheid des BGer vom 14. April 2010, 9C_130/2010, E. 3.3.1). Bei guter Gesundheit würde die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben (vgl. AB 94 /2 S. 4 Ziff. 3.5) weiterhin im ... arbeiten und zwar in einem Pensum von 60%. Als ungelernte ...-Mitarbeiterin würde sie gemäss der Tabelle TA1 der LSE 2012 im ... im Kompetenzniveau 1 ein monatliches Einkommen von Fr. 3'665.-- erzielen. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 42.4 Stunden (vgl. Ziff. 55-56 [Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie] der Tabelle „Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“) ergibt dies ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 27'971.30 (Fr. 3'665.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 42.4 Stunden x 60%).

4.6 Zu Recht ging die Beschwerdegegnerin aufgrund der Operationen an der HWS und den Händen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab August 2011 (AB 37.1) aus und setzte per 29. Mai 2012 (Operation rechte Hand) das Invalideneinkommen auf Fr. 0.-- fest (vgl. AB 94 S. 6 Ziff. 3.9). Nach der Handoperation ist eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit ein Revisionsgrund eingetreten, nachdem drei Monate nach der Operation wiederum auf das von Dr. med. D. _____ formulierte Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden kann (vgl. Bericht von Dr. med. I. _____ vom 25. April 2016 [AB 93] i.V.m. Bericht von Dr. med. J. _____ vom 11. August 2016 [AB 103]). Somit war die Beschwerdeführerin ab 1. September 2012 in einer angepassten Tätigkeit sechs Stunden am Tag an fünf Tagen die Woche bei einer verminderten Leistungsfähigkeit von 10-20% bzw. durchschnittlich 15% (vgl. Entscheid des EVG vom 21. April 2005, I 822/04, E. 4.4) arbeits- und leistungsfähig. Da die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht umsetzt, ist für die Bemessung des Invalideneinkommens auf die statistischen Zahlen der LSE abzustellen (vgl. E. 4.3 hiervor).

2012 betrug die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit 41.7 Stunden (vgl. Totalwert der Tabelle „Betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS). Aufgrund ihrer Einschränkungen wäre der Beschwerdeführerin ein Pensum von gerundet 72% (30 Stunden / 41.7 Stunden x 100) zumutbar, d.h. ihr ist eine Arbeit

gemäss ihrem Status Erwerb zu 60% möglich. Der Monatslohn gestützt auf den Totalwert der Tabelle TA1 der LSE 2012 beträgt bei Frauen im Kompetenzniveau 1 Fr. 4'112.--. Hochgerechnet auf ein Jahr und unter Berücksichtigung eines Pensums von 60% sowie einer Einschränkung von 15% resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 26'234.95 (Fr. 4'112.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.7 Stunden x 60% x 85%). Hiervon hat die Beschwerdegegnerin einen Abzug von 10% gewährt. Dies ist in Anbetracht des Zumutbarkeitsprofils, welches die behinderungsbedingten Einschränkungen umfassend berücksichtigt, nicht gerechtfertigt. Der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 umfasst eine Vielzahl von leichten Arbeiten, die diese Einschränkungen berücksichtigen. Zudem wurden die Behinderungen bereits mit der Leistungsminderung von 15% genügend berücksichtigt. Die übrigen Einzelfallkriterien (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) rechtfertigen vorliegend ebenfalls keinen Abzug, da, wenn sowohl Validen- als auch Invalideneinkommen aufgrund der LSE-Zahlen bestimmt werden, beide Vergleichseinkommen auf statistischen Grössen beruhen, und deshalb diese Einzelfallkriterien bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5).

4.7 Aufgrund des hiervor Ausgeführten besteht per Juli 2012 wegen einer operativbedingten vollständigen Arbeitsunfähigkeit ein Invaliditätsgrad im Erwerb von 100% bzw. gewichtet 60%. Infolge der nach der Handoperation eingetretenen wesentlichen Verbesserung beträgt bei einer invaliditätsbedingten Einbusse von Fr. 1'736.35 (Fr. 27'971.30 – Fr. 26'234.95) der Invaliditätsgrad im Erwerb per September 2012 6.20% (Fr. 1'736.35 / Fr. 27'971.30 x 100) bzw. gewichtet 3.72% (Fr. 1'736.35 / Fr. 27'971.30 x 100 x 60%).

5.

5.1 Sodann sind die Einschränkungen im Bereich Haushalt zu prüfen und der Invaliditätsgrad in diesem Bereich zu ermitteln (vgl. E. 2.3 hiervor). Der Abklärungsdienst führte am 19. April 2016 (AB 94/2) eine Abklärung vor Ort durch. Er ermittelte eine Arbeitsunfähigkeit von 19.9% im Haushalt.

5.2 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63).

5.3 Der Abklärungsbericht Haushalt vom 26. April 2016 (AB 94/2) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung gemäss E. 5.2 hiavor. Die Feststellungen der fachkundigen Abklärungsperson basieren auf eigenen, vor Ort und in Anwesenheit der Beschwerdeführerin durchgeführten Erhebungen und berücksichtigen die von den Gutachtern und RAD-Ärzten festgestellten gesundheitsbedingten Einschränkungen resp. das Zumutbarkeitsprofil. Der Abklärungsbericht ist zudem hinsichtlich der Gewichtung der Tätigkeitsbereiche ausreichend detailliert, und den Einschränkungen sowie den Angaben der Beschwerdeführerin wurde angemessen Rechnung getragen; Fehleinschätzungen weist er keine auf und werden denn auch von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht geltend gemacht.

5.4 Zusammenfassend ist die von der Beschwerdegegnerin errechnete gewichtete Invalidität im Haushalt von 7.96% (19.9% x 40%) nicht zu beanstanden und es besteht kein Anlass, in das Ermessen der Verwaltung einzugreifen.

6.

Aufgrund des Dargelegten hat die Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad (Haushalt und Erwerb) von gerundet 68% (7.96% + 60%) ab 1. Juli 2012 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Per 1. September 2012 besteht ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad (Haushalt und Erwerb) von gerundet 12% (7.96% + 3.72%). Nachdem die Verbesserung drei Monate andauert hat, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht in Anwendung von Art. 88a Abs. 2 IVV diese berücksichtigt und die Rente per 30. November 2012 aufgehoben. Somit erweist sich die Verfügung vom 11. Januar 2017 (AB 107) als rechtmässig. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 13. Februar 2017 ist daher abzuweisen.

7.

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

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

7.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - 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.