

200 17 492 IV  
MAW/IMD/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 13. Oktober 2017**

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiber Imhasly

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 5. April 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1981 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im September 2010 unter Hinweis auf seit 2003 bestehende starke Rückenschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor und wies das Leistungsbegehren – nachdem die Versicherte keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen wünschte (Protokoll per 03.07.2017 S. 2 [Eintrag vom 11.03.2011]) – mit Mitteilung vom 5. Juli 2011 ab (AB 17).

### **B.**

Im Mai 2012 ersuchte die Versicherte die IVB erneut um Zusprechung von Leistungen aufgrund von Rückenschmerzen (AB 19). Diese traf die üblichen Abklärungen und holte ein psychiatrisch-rheumatologisches Gutachten bei den Dres. med. B. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Rheumatologie, ein (Gutachten vom 27. August 2014 bzw. 15. September 2014 [AB 55.1, 56.1]), welche der Versicherten im Begutachtungszeitpunkt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit von höchstens 20 % attestierten (AB 55.1 S. 19, 23). Nachdem die Versicherte zwischen Begutachtung und Ausfertigung des Gutachtens einen Suizidversuch unternommen und sich danach in stationärer psychiatrischer Behandlung befunden hatte (AB 60), traf die IVB weitere Abklärungen und versuchte (in zwei Anläufen) vergeblich, die Versicherte beruflich einzugliedern (AB 68 f., 82 f., 87).

In der Folge holte die IVB bei der MEDAS D. \_\_\_\_\_ (MEDAS) ein vom 24. Oktober 2016 datierendes Gutachten ein (AB 108.1) und stellte mit Vorbescheid vom 7. März 2017 (AB 116) die Abweisung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 35 % in Aussicht. Nach dagegen

vorgebrachten Einwänden (AB 119) verfügte sie am 5. April 2017 (AB 121) wie vorgesehen.

### **C.**

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom "16.08.2017" (Postaufgabe: 22. Mai 2017) Beschwerde mit den Anträgen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr sei eine IV-Rente zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Juli 2017 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 5. April 2017 (AB 121). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung.

**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 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 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 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).

**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** 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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

**2.6** 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).

**2.7** 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).

**2.7.1** 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). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentli-

chen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 135 V 201 E. 6.4 S. 210, 115 V 308 E. 4a bb S. 313).

**2.7.2** 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).

**2.7.3** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

**2.7.4** 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).

### **3.**

**3.1** Den medizinischen Akten ist – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 10. August 2012 (AB 25) lokale lumbale Rückenschmerzen. Er hielt fest, es bestünden keine geistigen Einschränkungen, psychisch höchstens durch Angstzustände, die aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Die Patientin sei tagsüber noch ca. sechs Stunden mobil, dabei leiste sie leichte Hausarbeiten ohne Tragen von Gewichten über 3 kg. Den Rest des Tages verbringe sie in Ruhe, sitzend oder liegend. Aktuell komme keine Arbeitstätigkeit in Frage. Eine Arbeitsunfähigkeit (100 %)

attestiert er zuletzt für den Zeitraum vom 20. Dezember 2010 bis 2. Januar 2011.

**3.1.2** Dem Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 25. März 2013 (AB 36) betreffend Hospitalisation vom 5. Dezember 2012 bis 22. Februar 2013 sind die folgenden Diagnosen zu entnehmen:

- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychologischen Anteilen (ICD-10: F45.41), bestehend seit 2003
- Entwicklung depressiver und ängstlicher Symptomatik, aktuell mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), bestehend seit 2005 (?)
- Opiatabhängigkeitssyndrom, ärztlich verordnete Dauermedikation (ICD-10: F11.24)
- Akzentuierung der sensitiven, emotional-instabilen Zügen vom Borderline-Typus sowie abhängigen Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1)
- Differenzialdiagnostisch wird eine komorbide Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61), bzw. eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10: F62.80) diskutiert.

Die psychische Erkrankung zeige einen chronifizierenden und sich verschlechternden Verlauf in den letzten zehn Jahren. Es bestehe der Verdacht einer tiefgreifenden Störung der Persönlichkeit. Der Beginn der Störung scheine im Zusammenhang mit der anhaltenden Belastung aufgrund der Schmerzproblematik zu stehen. Seit dem 5. Dezember 2012 (Beginn der stationären Behandlung) bis auf weiteres liege eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor.

**3.1.3** Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, attestiert im Bericht vom 18. November 2013 (AB 44) eine seit Beginn der Behandlung am 18. März 2013 bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Eine Tätigkeit in der freien Marktwirtschaft sei seines Erachtens erst nach intensiver Psychotherapie und mit Hilfe einer von der IV unterstützten Integrationsmassnahme möglich.

**3.1.4** Dem Operationsbericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 31. März 2014 (AB 51 S. 10 ff.) ist zu entnehmen, dass die Versicherte am 27. März 2014 aufgrund eines schweren septischen Zustandsbildes bei Pancolitis und Colonvolvulus des rechtsseitigen Colon transversum mit beginnender Durchwanderungsperitonitis und bei Pneumonie basal links notfallmässig operiert werden musste. Im Rahmen des chirurgischen Eingriffs wurde ihr eine endständige temporäre Ileostomie im rechten Mittelbauch angelegt.

Im Austrittsbericht desselben Spitals vom 30. April 2014 (AB 51 S. 3 ff.) wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für den Zeitraum vom 10. April 2014 (Austrittstag) bis zum 22. April 2014 attestiert.

**3.1.5** Aus dem Kurzaustrittsbericht der Spitäler I. \_\_\_\_\_ AG vom 17. Mai 2014 (AB 51 S. 1 ff.) geht hervor, dass sich die Versicherte im Rahmen eines stationären Aufenthaltes vom 14. bis 17. Mai 2014 einem Opiatentzug in Narkose unterzogen hat. Der Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Am 20. Mai 2014 werde die Patientin in die Klinik J. \_\_\_\_\_ zum Lamotriginentzug eintreten.

**3.1.6** Die Dres. med. B. \_\_\_\_\_ und C. \_\_\_\_\_ diagnostizierten im interdisziplinären Gutachten vom 27. August 2014 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F33.0 [AB 55.1 S. 14]) und Kreuzschmerz (ICD-10: M54.5 [AB 56.1 S. 26]).

Aus psychiatrischer Sicht sei neben der rezidivierenden depressiven Störung auch eine chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen (ICD-10: F45.41) zu diagnostizieren, welche aktuell jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr habe. Infolge der Beschwerden von Seiten der rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode lasse sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in einer alternativen Tätigkeit von 20 % begründen. Dabei mitenthalten sei eine gleichzeitige Verminderung der Leistungsfähigkeit. Von etwa Mitte 2012 bis Ende April 2014 sei aufgrund eines mindestens mittleren Schweregrades des somatoformen Anteils an der chronischen Schmerzstörung, eines erheblichen Opiatabhängigkeitssyndroms von ärztlich verordnetem Methadon und einer ausgeprägteren depressiven Episode von einer mindestens 70 %-igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen gewesen. Von Dezember 2011 bis Mitte 2012 lasse sich vor allem wegen der Depression eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % begründen (AB 55.1 S. 14, 19).

Der rheumatologische Gutachter hielt fest, die Versicherte leide an einem Kreuzschmerz ohne Hinweise auf ein umschriebenes strukturelles Korrelat. Die Schmerzen liessen sich keinem neurologischen Krankheitsbild zuord-

nen. Es finde sich eine Dysästhesie und eine Hyperalgesie, so dass ein lokal begrenztes neuropathisches Schmerzbild vorhanden sein könne. Als Folge der lang andauernden Schonung habe sich eine ausgeprägte Muskeldekonditionierung und Muskeldysbalance mit Schon- und Fehlhaltung entwickelt. Die bisherige Tätigkeit als ... sei für die Versicherte wegen der ausgeprägt muskulär dekompenzierten Wirbelsäule nicht mehr zumutbar. Zumutbar sei eine leichte Arbeit, am besten Büroarbeit, wo sie nicht über 7.5 kg heben, ziehen oder stossen und sich nicht häufig bücken müsse. Bei einer entsprechend adaptierten Tätigkeit könnte sie eine Leistung von mindestens 80 % erbringen (AB 56.1 S. 30 ff.).

In der interdisziplinären Beurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Explorandin keine rückenbelastenden und lediglich noch körperlich leichte Tätigkeiten zumutbar seien. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar. Darüber hinaus könne die im psychiatrischen Gutachten festgehaltene Beurteilung uneingeschränkt übernommen werden (AB 55.1 S. 23).

**3.1.7** Am 11. Dezember 2014 (AB 60) berichtete Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, über einen am 12. August 2014 unternommenen medikamentösen Suizidversuch. Dieser sei im Zusammenhang mit den Trennungsabsichten des Ehemannes erfolgt. Im Rahmen der seit dem 26. September 2014 durchgeführten stationären Behandlung sei es zu einer deutlichen Besserung der depressiven Symptomatik gekommen. Auch sei die Patientin jetzt besser im Stande mit dem chronifizierten Schmerzsyndrom des Rückens umzugehen. Sie habe über die Wochen ein deutlich höheres Aktivitätsniveau erreicht, als dies in den letzten Jahren der Fall gewesen sei.

In einem weiteren Bericht vom 18. Februar 2015 (AB 80 S. 10 ff.) attestierte Dr. med. K.\_\_\_\_\_ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 26. September 2014 bis zum 19. Februar 2015 und bis auf weiteres.

**3.1.8** Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 7. September 2015 (AB 80 S. 2 ff.) eine depressive Störung mittleren Grades ohne somatische Symptome (ICD-10: F32.10), einen Status nach Suizidversuch am 12. August 2014, Züge eines

abhängigen Persönlichkeitsstils und ein chronifiziertes Schmerzsyndrom bei failed back surgery. Seit dem 26. September 2014 und bis auf weiteres bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

**3.1.9** Dem Gutachten der MEDAS vom 24. Oktober 2016 (AB 108.1) sind die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (S. 55 Ziff. 7.1):

- Dissoziative Störung der Bewegung und Empfindung
- DD chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren mit/bei
- chronischem lumbosakralem Schmerzsyndrom mit perispinöser Schmerzhaftigkeit L5/S1 unklarer Zuordnung, eingeschränkter Beweglichkeit und Belastbarkeit der LWS
- ohne radikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom an den unteren Extremitäten bei
  - St. n. posterolateraler instrumentierter Spondylodese L4 bis S1 02/2015 bei Spondylolyse L5 beidseits mit Spondylolisthesis L5/S1 Meyerding Grad 1
  - St. n. Metallentfernung 2010
  - unauffälligem radiologischem St. n. Spondylodese L4 bis S1 (Rx 09/2016)
  - Wirbelsäulenfehlstatik bei sagittaler Imbalance und Skoliose, muskulärer Insuffizienz sowie Haltungsinsuffizienz
- Akzentuierte (dependente) Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73) mit/bei
  - schädlichem Gebrauch von Opioiden (ICD-10: F11.1)
  - St. n. Opiatabhängigkeit bei (ärztlich verordneter) hochdosierter Opiattherapie mit
    - St. n. gescheitertem stationärem Opiatentzug 2012, stationäre Therapieumstellung auf Methadon Ende 2012 / Anfang 2013, erfolgreicher stationärer Opiatentzug in Narkose 2014
  - aktuell Wiederaufnahme einer MST-Therapie unter ärztlicher Verordnung
  - St. n. subtotaler Kolektomie und Ileosigmoidostomie bei Colon volvulus 02/2014 wahrscheinlich als Folge hochdosierter Opiatmedikation.

Anlässlich der interdisziplinären Untersuchung hätten sowohl im somatischen wie auch im psychiatrischen Bereich wenige Befunde erhoben werden können, welche die von der Versicherten als teilweise invalidisierend beschriebenen Schmerzen zu erklären vermöchten. Im somatischen Bereich beständen gut konsolidierte postoperative Veränderungen im Bereich der Spondylodese L4/S1. Neurologisch fänden sich keine radikulären Zeichen. Das von der Versicherten lokal beschriebene, ausgeprägte Schmerzsyndrom lasse sich neurologisch auch nur sehr bedingt erklären. Theoretisch denkbar wäre eine Läsion der Hautäste des Ramus dorsalis der ent-

sprechenden Spinalnerven. Abgesehen von der Rarität eines solchen Syndroms spreche die symmetrische Verteilung der schmerzhaften Sensibilitätsstörung gegen eine solche Ätiologie. Entsprechend könne ein neuropathisches Schmerzsyndrom heute nur mit grossem Vorbehalt postuliert werden. Aus somatischer Sicht bemerkenswert sei das Fehlen relevanter lumbovertebraler Beschwerden, wobei die Versicherte zum Zeitpunkt der Untersuchung unter ausgebauter Schmerztherapie gestanden sei, womit die diesbezügliche Beurteilung auch erschwert gewesen sei. Auch psychiatrisch habe sich ein im Wesentlichen unauffälliger psychopathologischer Status gefunden. Die psychiatrische Diagnose erschliesse sich heute viel eher aus dem längsschnittlichen Verlauf als aus dem aktuellen psychopathologischen Bilde, welches, im Wesentlichen unauffällig, eine gewisse belle indifférence der Versicherten beinhaltend gezeigt habe. Im Sinne der Verleugnung/Verdrängung würden heute sämtliche beklagten Beeinträchtigungen unter dem somatisch kaum zu erklärenden Schmerzsyndrom subsumiert, inkl. der massiven psychosozialen Folgeprobleme (S. 56 f.).

Prinzipiell lasse sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in qualitativem Ausmass lediglich in einer körperlich schweren Tätigkeit aufgrund der Veränderung der Lendenwirbelsäule nach Spondylodese begründen. Es verböten sich auch intermittierend schwere oder rückenbelastende Tätigkeiten wie etwa die Patientenumlagerung. Spitextätigkeiten, welche das rasche Aufsuchen einer Toilette (aufgrund der subtotalen Kolektomie und Ileosigmoidostomie) nicht ermöglichen, seien ebenfalls ausgeschlossen. In der angestammten Tätigkeit als ... sei die Versicherte nur als arbeitsfähig zu erachten, sofern die genannten Einschränkungen berücksichtigt werden könnten. In diesem Falle bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Die deutliche Verminderung des Rendements begründe sich im Schmerzerleben, insbesondere unter körperlicher Belastung bzw. Tätigkeit. Dieses Zumutbarkeitsprofil entspreche einer adaptierten Tätigkeit, das heisse, in einer dem körperlichen Leiden angepassten Tätigkeit bestehe aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (S. 59 f.); dies mindestens ab April 2016, mit Wahrscheinlichkeit bereits ab Dezember 2015 (S. 61).

**3.2** Das von der MEDAS erstellte Administrativgutachten vom 24. Oktober 2016 (AB 108.1) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtspre-

chung an den Beweiswert eines derartigen Berichts gestellten Anforderungen und erbringt damit vollen Beweis (vgl. E. 2.5 hiavor). Es ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden sowie die erhobenen Befunde und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Im Weiteren ist es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet. Die von der Beschwerdeführerin bzw. Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, im Bericht vom 11. Mai 2017 (Beschwerdebeilage [BB] 1) gegen die Expertise vorgebrachte Kritik verfängt nicht:

Soweit Dr. med. M.\_\_\_\_\_ – mit Hinweis auf das Rechtsgutachten von Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller und Dr. iur. Johannes Reich vom 11. Februar 2010 (Rechtsgutachten zur Vereinbarkeit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur medizinischen Begutachtung durch Medizinische Abklärungsstellen betreffend Ansprüche auf Leistungen der Invalidenversicherung mit Art. 6 der Konvention vom 4. November 1950 zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten) – die Objektivität und Unabhängigkeit der Experten der MEDAS anzweifelt, ist dies von vornherein unbeachtlich (vgl. dazu BGE 136 V 376 E. 4.2 S. 378 ff. und Urteil des Bundesgerichts [BGer] vom 15. September 2010, 8C\_253/2010, E. 5.1).

Bezüglich der Kritik in medizinischer Hinsicht ist festzustellen, dass diese sehr allgemein gehalten ist. Es fehlt an einer einleuchtenden medizinischen Begründung, inwieweit die von den Gutachtern gezogenen Schlussfolgerungen unzutreffend seien. Hinzu kommt, dass das MEDAS-Gutachten weitgehend mit dem psychiatrisch-rheumatologischen Gutachten der Dres. B.\_\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_\_ vom 27. August 2014 bzw. 15. September 2014 (AB 55.1, 56.1) übereinstimmt. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass der Suizidversuch der Beschwerdeführerin vom 12. August 2014 weder einer psychischen Erkrankung noch den Schmerzen zugeordnet werden kann, sondern eine Reaktion auf die Trennungsabsichten ihres Ehemanns war (AB 60 S. 1).

**3.3** Nicht gefolgt werden kann dem MEDAS-Gutachten insoweit, als darin der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen in einer dem körperlichen Leiden angepassten Tätigkeit attestiert wird (AB 108.1 S. 51).

Der psychiatrische Gutachter erlebte die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung in einem affektiv ausgeglichenen Zustand, das aktuell beklagte Schmerzsyndrom sei nach ihren Angaben derzeit "aushaltbar". Objektiv zeigten sich keinerlei Hinweise auf ein Schmerzerleben, welches eine Funktionseinschränkung zur Folge hätte (AB 108.1 S. 51 Ziff. 4.4.5.2). Die von ihm attestierte Einschränkung von 30 % begründete der Gutachter mit einer dissoziativen Störung. Hierzu ist festzustellen, dass der Gutachter diese Diagnose lediglich differenzialdiagnostisch stellte und sie als Ausdruck der abhängigen und wenig durchsetzungsfähigen Persönlichkeitszüge der Versicherte sah (AB 108.1 S. 50). Diese stellen jedoch als Z-Diagnose (ICD-10: Z73) kein bei der Beschwerdegegnerin versichertes Risiko dar. Bei den sogenannten Z-Kodierungen handelt es sich um Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Die Kategorien Z00-Z99 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (vgl. Entscheid des BGer vom 4. Mai 2009, 8C\_570/2008, E. 4.2.5; SVR 2008 IV Nr.15 S. 43, E. 2.2.2.2). Bei fehlender invalidenversicherungsrechtlich relevanter psychiatrischer Störung hat eine ärztlich attestierte Einschränkung bei der Festlegung des Leistungsanspruchs unbeachtet zu bleiben. Insofern ist ab April 2016 (AB 108.1 S. 61) von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer dem körperlichen Leiden angepassten Tätigkeit auszugehen.

Indessen war der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitraum zwischen der Neuanschuldung bzw. dem aus dem Anmeldezeitpunkt (Mai 2012 [AB 19]) abgeleiteten frühestmöglichen Rentenbeginn am 1. November 2012 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) und dem Zeitpunkt der Verfügung vom 5. April 2017 (AB 121) nicht stationär. Vorab war die psychische Situation nicht stabil. Des Weiteren hat die Beschwerdeführerin einen Darmdurchbruch mit Sepsis erlitten, weswegen sie am 27. März 2014 notfallmässig operiert werden musste (AB 51 S. 10 ff.). Schliesslich war sie, insbesondere nach ihrem Suizidversuch, in stationärer psychiatrischer Behandlung (AB 60), was ihre Arbeitsfähigkeit erheblich einschränkte.

**3.3.1** Für den Zeitraum von Mitte 2012 bis Ende April 2014 gingen die Gutachter Dres. med B.\_\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_\_ aufgrund des erheblichen Opiatabhängigkeitssyndroms von ärztlich verordnetem Methadon und einer ausgeprägteren depressiven Episode von einer mindestens 70 %igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus (AB 55.1 S. 19). Dem MEDAS-Gutachten lässt sich für diesen Zeitraum keine andere Einschätzung entnehmen. Vielmehr gehen die MEDAS-Gutachter von einer zeitlich weiter bestehenden Arbeitsunfähigkeit aus, indem sie festhielten, eine verwertbare Arbeitsfähigkeit habe nach Spitalentlassung bei erfolgtem Opiatentzug (14. bis 17. Mai 2014 [AB 51 S. 1 ff.]) und Stomarückverlagerung (August 2014) auch in diesen Monaten nicht bestanden (AB 108.1 S. 60). Dass sich die Arbeitsunfähigkeit zumindest auch auf den Monat Mai 2014 erstreckte, leuchtet ohne weiteres ein, da im Anschluss an den stationären Opiatentzug der Eintritt zum Lamotriginentzug geplant war (20. Mai 2014 [AB 51 S. 1 ff.]). Wie es sich mit der Arbeitsunfähigkeit in den Monaten Juni und Juli 2014 effektiv verhalten hat, kann – wie nachstehend dargelegt (vgl. E. 4.4) – offen bleiben.

**3.3.2** Für die Zeit nach dem Suizidversuch am 12. August 2014 bis zum Austritt aus der Klinik P.\_\_\_\_\_ bzw. der Tagesklinik des Spitals Q.\_\_\_\_\_ (19. Februar 2015 [AB 80 S. 10 ff.]) gingen die Gutachter "nicht von einer längerdauernden Arbeitsfähigkeit" aus. Vielmehr attestierten sie der Beschwerdeführerin über diesen Zeitpunkt hinaus eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit und hielten fest, das von ihnen definierte Zumutbarkeitsprofil gelte mindestens ab ca. 1. April 2016, wahrscheinlich bereits ab Dezember 2015 (AB 108.1 S. 60 f.). Angesichts des Hinweises auf die Notwendigkeit einer schrittweisen Steigerung des Arbeitspensums (AB 108.1 S. 62 Ziff. 10.2), ist das Erreichen der vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit auf den 1. April 2016 festzulegen.

**3.3.3** Insgesamt ist damit nach dem Gesagten abgesehen von einer allfälligen – nicht relevanten (vgl. E. 4.4 hiernach) – Unterbrechung in den Monaten Juni und Juli 2014 von einer von Mitte 2012 bis Ende März 2016 dauernden durchgehenden iv-relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 70 % auszugehen. Gestützt darauf ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

#### 4.

**4.1** Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222). Aufgrund der im Mai 2012 erfolgten Anmeldung (AB 19) konnte ein Rentenanspruch frühestens am 1. November 2012 entstehen (Art. 29 Abs. 1 IVG), sofern zu diesem Zeitpunkt das Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) abgelaufen war. Diesbezüglich ergibt sich aus dem Gutachten der Dres. B.\_\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_\_, dass sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 40 % ab Dezember 2011 begründen lasse (AB 55.1 S. 19). Im Arbeitgeberbericht vom 22. August 2012 (AB 26) werden vor dem 31. Juli 2011 (Ende der Anstellung) lediglich bis 21. April 2011 Arbeitsunfähigkeiten ausgewiesen. Die im Zusammenhang mit der Neuanschuldung eingereichten medizinischen Unterlagen (AB 23) stammen allesamt aus dem Jahr 2012 und enthalten keine attestierten Arbeitsunfähigkeiten im Jahr 2011. Damit ist davon auszugehen, dass das Wartejahr im Dezember 2011 begonnen hat und im Dezember 2012 abgelaufen ist.

**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).

**4.3** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstruk-

turerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2).

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

**4.4** Wie vorstehend dargelegt (E. 3.3.3 hiervor) bestand im Zeitpunkt des frühestmöglichen Beginns des Rentenanspruchs im Dezember 2012 (E. 4.1 hiervor) eine Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit von mindestens 70 %, woraus sich ein Invaliditätsgrad von zumindest 70 % ergibt (Prozentvergleich [BGE 114 V 310 E. 3a S. 313, 107 V 17 E. 2d S. 22, 104 V 135 E. 2b S. 137]). Daraus resultiert ein Anspruch auf eine ganze Rente (vgl. E. 2.2 hiervor), sofern die Arbeitsunfähigkeit während des Wartejahres durchschnittlich ebenfalls 70 % betrug (AHI 1996 S. 177).

Ab Dezember 2011 bis Ende Juni 2012 betrug die Arbeitsunfähigkeit 40 % (vgl. E. 3.1.6 und 4.1), im Rest des Wartejahres 70 % (vgl. E. 3.3.1). Dies ergibt eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 52.5 % ( $[7 \times 40 \% + 5 \times 70 \%] / 12$ ). Damit hat die Beschwerdeführerin ab 1. Dezember 2012 einen Anspruch auf eine halbe Rente, welche gestützt auf Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) drei Monate später (1. März 2013) auf eine ganze Rente zu erhöhen ist (ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage, Art. 28 N. 36). Der allfällige Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit in den Monaten Juni und Juli 2014 (vgl. E. 3.3.1

hiervor) hat auf den Rentenanspruch keinen Einfluss, da er jedenfalls weniger als drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 1 IVV).

**4.5** Auf den Zeitpunkt der Verbesserung des Gesundheitszustandes hin (1. April 2016 [vgl. E. 3.3.2 hiervoor]) ist eine Revision vorzunehmen.

**4.5.1** Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen für das Jahr 2012 anhand der Angaben des früheren Arbeitgebers (AB 9.2) auf Fr. 75'227.-- festgesetzt (AB 121 S. 2), was nicht zu beanstanden ist, da davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit weiterhin in ihrer angestammten Tätigkeit als ... im ... tätig wäre. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung ergibt sich für das Jahr 2016 ein im Rahmen der Invaliditätsbemessung zu berücksichtigendes Valideneinkommen von Fr. 77'487.-- (Fr. 75'227.-- / 2630 x 2709 [BFS, Tabelle T39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallohne, Frauen, Index 2012 bzw. 2016]).

**4.5.2** Das Invalideneinkommen wurde von der Beschwerdegegnerin anhand der LSE-Tabelle TA1 (Total) bestimmt. Da die Beschwerdeführerin keine ihrem Zumutbarkeitsprofil (E. 3.3 hiervoor) entsprechende Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, ist das Abstellen auf einen Tabellenlohn korrekt. Allerdings erscheint angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin die Matura bestanden und einen Fachhochschulabschluss als ... erlangt hat (AB 19 S. 3 f. Ziff. 5.2 f.), das Abstellen auf das Kompetenzniveau 1 nicht korrekt, vielmehr ist auf das Kompetenzniveau 2 abzustellen.

Unter Berücksichtigung der Tabelle TA1 der LSE 2014, Frauen, Position Total, Kompetenzniveau 2 ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 60'961.-- (Fr. 4'808.-- x 12 Monate / 40 Wochenstunden x 41.7 Wochenstunden [BUA, Total, 2016] / 103.6 x 105 [Tabelle T1.2.10, Total, Frauen, 2016]). Gründe für einen Abzug vom Tabellenlohn sind keine ersichtlich, zumal die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit vollumfänglich einsatzfähig ist. Invaliditätsfremde Gründe, welche einen Abzug rechtfertigen würden (vgl. E. 4.3 hiervoor), liegen ebenfalls nicht vor.

**4.5.3** Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 16'526.-- bzw. ein Invaliditätsgrad von 21 % ((Fr. 77'487.-- - Fr. 60'961.--) / Fr. 77'487.-- x 100), was zu keiner

Rente mehr berechtigt (vgl. E. 2.2 hiervor). Die ganze Rente ist damit in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV per 30. Juni 2016 aufzuheben.

**4.6** Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 5. April 2017 (AB 121) in teilweiser Gutheissung der Beschwerde dahingehend abzuändern, als der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. Dezember 2012 bis 28. Februar 2013 eine halbe und für die Zeit vom 1. März 2013 bis 30. Juni 2016 eine ganze IV-Rente zugesprochen wird. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

## **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, haben bei diesem Ausgang des Verfahrens die teilweise unterliegende Beschwerdeführerin und die teilweise unterliegende Beschwerdegegnerin je zur Hälfte zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der von der Beschwerdeführerin zu tragende Anteil wird dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- entnommen. Der Rest des Vorschusses, ausmachend Fr. 400.--, ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**5.2** Da der Aufwand für die Beschwerdeführung nicht das Mass dessen überstieg, was dem Einzelnen zur Besorgung eigener Angelegenheiten zugemutet werden darf, hat die nicht vertretene Beschwerdeführerin trotz ihres teilweisen Obsiegens keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (BGE 127 V 205 E. 4b S. 207).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 5. April 2017 dahingehend abgeändert, als der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. Dezember 2012 bis 28. Februar 2013 eine halbe und für die Zeit vom 1. März 2013 bis 30. Juni 2016 eine ganze IV-Rente zugesprochen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin und der Beschwerdegegnerin je zur Hälfte auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin zu tragende Anteil wird dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- entnommen. Der Rest des Vorschusses, ausmachend Fr. 400.--, wird ihr nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - 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.