

200 17 519 IV  
SCJ/GUA/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 27. September 2017**

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiberin Gurtner

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 25. April 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1965 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 11. September 2003 unter Hinweis auf ein Rückenleiden sowie chronische Arm- und Beinschmerzen links erstmals bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Antwortbeilagen der Invalidenversicherung [AB] 1). Nach Anordnung einer interdisziplinären Begutachtung durch Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, vom 3. und 17. Juli 2004 (AB 15 f.) wies die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) den Anspruch auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 28. Juli 2004 (AB 17) bzw. mit Einspracheentscheid vom 29. Oktober 2004 (AB 23) ab.

### **B.**

Mit Neuanschuldung vom 19. März 2014 (AB 24) ersuchte die Versicherte die IVB unter Hinweis auf einen Erschöpfungszustand erneut um Leistungen. Mit Verfügung vom 12. August 2014 (AB 34) zog die IVB die vorangegangene Verfügung vom 12. Juni 2014 (AB 32), mit der sie auf das erneute Gesuch vorerst nicht eingetreten war, in Wiedererwägung. Gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der E. \_\_\_\_\_ (MEDAS) vom 28. April 2016 (AB 73.1) und eine Abklärung im Bereich Haushalt und Erwerb vom 11. August 2016 (AB 77) stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 22. August 2016 (AB 78) eine ganze befristete Rente für den Zeitraum vom 1. September 2014 bis zum 31. Oktober 2015 in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 83) und Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 23. Januar 2017 (AB 87) verfügte die IVB am 25. April 2017 wie angekündigt (AB 89).

## **C.**

Hiergegen lässt die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_, am 29. Mai 2017 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 25. April 2017 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zum Zuspruch einer Rentenleistung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 28. Juni 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die 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 Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 25. April 2017 (AB 89). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. Obwohl die

Beschwerdeführerin einzig die Ablehnung des Rentenanspruchs ab November 2015 rügt, sind gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts auch die unbestrittenen Rentenbezugszeiten vom 1. September 2014 bis zum 31. Oktober 2015 zu überprüfen (BGE 125 V 413).

**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 (IV-Grad) von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** Für die Bestimmung des IV-Grades wird 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 IV-Grad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293).

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

**2.5** Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten

Person glaubhaft gemachte Veränderung des IV-Grades 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 IV-Grad 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).

**2.6** 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).

**2.6.1** Ändert sich der IV-Grad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

**2.6.2** Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

### 3.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom 19. März 2014 (AB 24) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist dagegen, ob die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 25. April 2017 (AB 89) zu Recht von einer befristeten wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Auswirkungen auf den Rentenanspruch ausgegangen ist.

**3.1** Die Verfügung vom 28. Juli 2004 (AB 17) stützte sich massgeblich auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ und Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 3. bzw. 17. Juli 2004 (AB 15 f.). Darin diagnostizierten die beiden Ärzte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches cervikalbetontes und linksseitiges tendomyotisches Panvertebral-Syndrom vereinbar mit einer noch nicht vollständig generalisierten Fibromyalgie (M79.0), ein chronisches retropatellares Schmerzsyndrom und Periarthropathia genu links (wahrscheinlich im Rahmen der Fibromyalgie; AB 16 S. 5) sowie eine Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) und einen Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; AB 15 S. 8).

Dr. med. D.\_\_\_\_\_ wies daraufhin, dass sich aus rheumatologischer Sicht eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit nicht begründen lasse. Im Hinblick auf eine leichte bis mittelschwere, nicht monotone Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin mindestens zu 70% arbeitsfähig. Bei einem stundenmässigen Arbeitspensum von 70% könne höchstens von einer 10%-igen Leistungseinschränkung ausgegangen werden, sodass eine Restarbeitsfähigkeit von mindestens 63% bestehe (AB 16 S. 6 Ziff. 5).

Aus psychiatrischer Sicht stellte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin leide unter einem Schmerzsyndrom mit Schmerzen im linken Arm und im linken Bein sowie Gefühlsstörungen in diesen Bereichen. Des Weiteren seien eine Einschlafstörung, relative Kraftlosigkeit, zeitweise auftretende Müdigkeit, eine zeitweilige gereizte und traurige Stimmung sowie Vergesslichkeit und ein leicht vermindertes Selbstvertrauen anamnestisch festzustellen. Überdies lasse sich anamnestisch eine Angst, das Haus

abends alleine zu verlassen, alleine in den Keller oder tagsüber in den Wald zu gehen, erkennen. Alle diese Symptome hätten nur eine geringgradige Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, das Arbeitsvolumen sei leicht beeinträchtigt (AB 15 S. 13 Ziff. 1 f.). Die bisherige Tätigkeit als ... sei der Beschwerdeführerin im Umfang von sechseinhalb bis sieben Stunden täglich zumutbar. Seit August 2002 bestehe eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20% (AB 15 S. 14 Ziff. 4 und 6).

**3.2** Der nun mehr angefochtenen Verfügung vom 25. April 2017 (AB 89) liegt in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen Folgendes zugrunde:

**3.2.1** Im Bericht vom 26. Juni 2014 (AB 33 S. 3) diagnostizierte lic. phil. F.\_\_\_\_\_, Ethnopsychologin und Psychotherapeutin, eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und eine Panikstörung (ICD-10 F41.0). Es müsse eine schlechte Prognose gestellt werden, da viele Symptome bereits chronifiziert seien.

**3.2.2** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 15. Januar 2015 (AB 50) einen schweren depressiven Zustand (AB 50 S. 1 Ziff. 1.1). Aktuell sei die Beschwerdeführerin in der freien Wirtschaft zu 100% arbeitsunfähig (AB 50 S. 3 Ziff. 1.7). Der psychische und körperliche Zustand der Beschwerdeführerin habe sich kontinuierlich verschlechtert. Der Beschwerdeführerin werde eine Hospitalisation in der Privatklinik Wyss empfohlen (AB 50 S. 2 Ziff. 1.4 f.).

**3.2.3** Nach einem Aufenthalt in der Klinik H.\_\_\_\_\_ vom 22. Juni 2015 bis zum 17. Juli 2015 diagnostizierten die behandelnden Ärzte im Bericht vom 22. Juli 2015 (AB 58 S. 2 – 6) eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; AB 58 S. 2). Im Verlaufe der Hospitalisation sei es zu einer Stimmungsaufhellung gekommen. Das depressive Zustandsbild habe langsam zurückgebildet werden können, so dass ein Übertritt in ein ambulantes Setting habe erfolgen können. Die Beschwerdeführerin sei in gebessertem und ausgeglichenem Zustand in die vorbestehenden Verhältnisse nach Hause entlassen worden. Beim Eintritt sowie beim Austritt sei eine skalierte

Diagnostik durchgeführt worden (HoNOS [Health of Nation Outcome Scales) beim Eintritt habe der Wert 17 und beim Austritt 11 betragen (AB 58 S. 5).

**3.2.4** Im MEDAS-Gutachten vom 28. April 2016 (AB 73.1), basierend auf den Teilgutachten von Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (AB 73.2), Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie (AB 73.3), Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (AB 73.4), und Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (AB 73.5), führten die Gutachter unter Berücksichtigung aller untersuchten Fachgebiete als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), auf. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei unter anderem eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4). Seit 2013 habe sich die affektive Belastbarkeit verschlechtert, so dass vorangehend genannte Diagnose gestellt werden könne (AB 73.1 S.10). Zusammenfassend sei polydisziplinär betrachtet von einer Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50% in der letzten Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit auszugehen. Die Arbeitsfähigkeit sei seit Februar 2014 zu 100% durchgängig aufgrund der depressiven Erkrankung aufgehoben gewesen. Im Zuge einer Besserung der emotionalen Belastbarkeit im Rahmen einer stationären Behandlung von Juni bis Juli 2015 sei mit Entlassungsdatum vom 17. Juli 2015 eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen, diese liege bei 50% (AB 73.1 S. 11 f.).

Aus psychiatrischer Sicht stellte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ im Teilgutachten vom 5. April 2016 (AB 73.2) fest, bei der Beschwerdeführerin sei zweifellos von einer rezidivierenden, depressiven Störung multifaktorieller Genese auszugehen, in der neben neurotischen Mechanismen, lebensgeschichtliche und endogene Faktoren sowie eine persönlichkeitsgebundene Komponente zusammenwirken würden. Die Schmerzwahrnehmung sei in diesem Kontext im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung mit erklärt, womit dieser Aspekt aber vor dem Hintergrund der depressiven Erkrankung von untergeordneter Bedeutung sei. Die Behandlungsmöglichkeiten seien weitgehend ausgeschöpft (AB 73.2 S. 9). Die Beschwerdeführerin sei in der Lage,

leichte Tätigkeiten, die ihrer intellektuellen Ausstattung entsprechen, ohne besonderen Verantwortungsdruck, besonderen Anspruch an die geistige Flexibilität und regelmässigen Publikumsverkehr unter Tagesschichtbedingungen zu verrichten, mit der zusätzlichen Option, eigenständig innerhalb einer Arbeitsschicht zusätzlich bis zu zwei kürzere Pausen von einigen Minuten einlegen zu dürfen. Sämtliche Tätigkeiten unter einem erhöhten Zeitdruck seien ausgeschlossen (AB 73.2 S. 11). Zwischen der biographischen Anamnese des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2004 (AB 15) und den späteren anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin hätten erhebliche Diskrepanzen festgestellt werden können. Diese Unterschiede seien im Hinblick auf die Bewertung des gesamten Krankheitsbildes von wesentlicher Bedeutung, da persönlichkeitsgebundene und neurotische Mechanismen eine entscheidende Rolle spielen würden. Insofern seien die Ausführungen im Bericht von lic. phil. F. \_\_\_\_\_ vom 26. Juni 2014 (AB 33 S. 3) und Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2015 (AB 50) sowie der Klinik H. \_\_\_\_\_ vom 22. Juli 2015 (AB 58 S. 2 – 6) von hoher Relevanz und würden aufgrund der aktuellen Erkenntnisbildung als in sich stimmig erscheinen. Nicht nachvollziehbar seien allerdings die Diagnosen einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung bzw. einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die entsprechenden Kriterien seien aufgrund der anamnestischen Angaben und der Psychopathologie in keiner Weise erfüllt. Dagegen sei die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung zutreffend, aktuell imponiere eine mittelgradige depressive Episode. Seit 27. Februar 2014 sei die Arbeitsfähigkeit vollständig aufgehoben gewesen. Bis zur Entlassung aus der Klinik H. \_\_\_\_\_ am 17. Juli 2015 habe eine deutlich herabgesetzte, emotionale Belastbarkeit bestanden. Mit der Entlassung sei aber eine signifikante Besserung geschildert worden, so dass trotz der auch jetzt im Querschnitt bestehenden, depressiven Symptomatik von einer Restarbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50% seit diesem Zeitpunkt auszugehen sei (AB 73.2 S. 11 f.).

Dr. med. L. \_\_\_\_\_ hielt im orthopädischen Teilgutachten vom 5. April 2016 (AB 75.5) fest, dass der Beschwerdeführerin leichte und mittelschwere Tätigkeiten im Wechsel von Sitzen, Gehen und Stehen, ohne Überkopfarbeiten und Zwangshaltungen, im Sinne gebeugter oder kauernder Tätig-

keiten, mit einem Belastungsumfang von 100% zumutbar seien. Ausschliesslich stehende Tätigkeiten seien nicht leidensgerecht. Die zumutbare Gehstrecke sei aufgrund der orthopädischen Erkrankungen nicht reduziert (AB 73.5 S. 8). Im Gutachten vom 17. Juli 2004 (AB 16) sei Dr. med. D.\_\_\_\_\_ davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht für eine leichte bis mittelschwere, nicht monotone Tätigkeit zu mindestens 70% von einem vollschichtigen Pensum arbeitsfähig gewesen sei. Dies widerspreche der Einschätzung des vorliegenden Gutachtens nicht. Eine beginnende Valgusgonarthrose und eine beginnende Osteochondrose C5/6 würden die Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit nicht einschränken, sofern die Tätigkeit nicht ausschliesslich im Sitzen oder ausschliesslich im Stehen ausgeübt werde (AB 73.5 S. 9).

Der Internist Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ und die Neurologin Dr. med. J.\_\_\_\_\_ konnten in ihrem Fachgebiet keine Einschränkungen feststellen (AB 73.3 S. 5 und 73.4 S. 5).

**3.2.5** Dr. med. M.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 5. Oktober 2016 (AB 85 S. 2) einen schweren depressiven Zustand (ICD-10 F33.2). Die Hamilton Depressions-Skala zeige weiterhin 35 Punkte, dies entspreche einer schweren Depression. Trotz medikamentöser Therapie (unterstützt mit Psychopharmaka) und psychotherapeutischen Gesprächen habe sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin nicht verbessert. Ebenso bestehe auch ein Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F26.1). Die medikamentöse Therapie sei schwierig anzupassen gewesen. Betreffend Behandlungsverlauf hätte trotz Klinikaufenthalt keine Verbesserung bzw. keine Remission beobachtet werden können, es habe nur kurze Phasen mit mittelgradiger Depression gegeben. Eine therapeutische Beziehung aufzubauen sei nicht einfach gewesen. Die Beschwerdeführerin drehe sich seit Jahren in einem Teufelskreis. Sie besitze keine Ressourcen, um aus diesem Zustand auszubrechen. Sie sei nicht in der Lage, im Haushalt alltägliche Dinge zu erledigen, isoliere sich immer mehr, sei angespannt, gereizt, unsicher, misstrauisch und zeige weder Lebensmotivation noch Lebensfreude. Aktuell sei sie auch im geschützten Rah-

men zu 100% arbeitsunfähig. Die Prognose der Krankheit sei ungewiss und als eher schlecht zu bewerten.

**3.2.6** Hierzu nahm die RAD-Ärztin Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom 23. Januar 2017 (AB 87) Stellung und führte aus, dass eine Persönlichkeitsstörung, sollte sie denn tatsächlich bestehen, bereits im Gutachten diagnostiziert worden wäre, was aber vorliegend nicht der Fall sei. Selbst eine schwere Depression würde ein behandelbares Leiden darstellen und keine dauerhafte Leistungseinschränkung bewirken, auch bei rezidivierenden depressiven Episoden gebe es Behandlungsmöglichkeiten. Dass eine längerfristige geringere Arbeitsfähigkeit als 50% ab Austritt aus der Klinik H.\_\_\_\_\_ bestehe, sei nicht belegt worden (AB 87 S. 3).

**3.2.7** Im Bericht vom 29. Mai 2017 (AB 90 S. 18) führte Dr. med. M.\_\_\_\_\_ zusätzlich eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F33.2) auf. Aufgrund des depressiven Zustandes zeige die Beschwerdeführerin seit Jahren einen starken Leidensdruck. Zu beobachten sei auch, dass sich der Zustand der Beschwerdeführerin seit dem Klinikaufenthalt nicht stabilisiert habe. Der Wert auf der Hamilton-Depressions-Skala liege weiterhin bei über 35 Punkten. Sie sei in der freien Wirtschaft vollumfänglich arbeitsunfähig.

**3.3** 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 medizi-

nischen 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).

**3.4** Aus den vorangehend genannten medizinischen Unterlagen ergibt sich Folgendes:

**3.4.1** In psychiatrischer Hinsicht stellte der Gutachter Dr. med. C. \_\_\_\_\_ im Jahr 2004 fest, dass sich die psychischen Beeinträchtigungen nur geringgradig auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt haben und der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als ... im Umfang von sechseinhalb bis sieben Stunden täglich zumutbar war (AB 15 S. 13 f. Ziff. 2 und 4).

Im MEDAS-Gutachten vom 28. April 2016 (AB 73.1), auf das sich die vorliegend angefochtene Verfügung vom 25. April 2017 (AB 89) stützt, führt der Psychiater Dr. med. I. \_\_\_\_\_ – gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte (AB 33 S. 3; AB 50 S. 2 Ziff. 1.1 und 1.6; AB 39 S. 3 Ziff. 1.6) – aus, dass die Beschwerdeführerin im Zeitraum ab 27. Februar 2014 aufgrund einer depressiven Störung zu 100% arbeitsunfähig war (AB 73.2 S. 12). Im Vergleich zur Referenzlage im Jahr 2004 (vgl. E. 3.1 hiavor) ist damit eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen und unbestrittenermassen ein Neuanmeldungsgrund erstellt (vgl. E. 2.5 hiavor). Der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung ist deshalb allseitig frei zu prüfen (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**3.4.2** Das Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiavor), so dass darauf abzustellen ist. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der me-

dizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar begründet.

Die Einschätzung des Teilgutachters Dr. med. I. \_\_\_\_\_ hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit ab 27. Februar 2014 ist nicht zu beanstanden. Sowohl lic. phil. F. \_\_\_\_\_ als auch Dr. med. G. \_\_\_\_\_ – deren Ausführungen der Teilgutachter aufgrund der aktuellen Erkenntnisbildung als in sich stimmig bewertet und ihnen eine hohe Relevanz zumisst (AB 73.2 S. 12) – diagnostizieren in den Berichten vom 26. Juni 2014 bzw. vom 15. Januar 2015 eine schwere depressive Störung, die zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit führte (AB 33 S. 3; AB 50 S. 1 Ziff. 1.1).

Weiter geht Dr. med. I. \_\_\_\_\_ – wie auch die behandelnden Ärzte der Klinik H. \_\_\_\_\_, die im Bericht vom 22. Juli 2015 feststellen, dass sich das depressive Zustandsbild langsam zurückgebildet habe (AB 58 S. 5) – zu Recht davon aus, dass nach der Entlassung aus der stationären Behandlung in der Klinik H. \_\_\_\_\_ ab 18. Juli 2015 eine signifikante Besserung der emotionalen Belastbarkeit eingetreten ist und eine Restarbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50% in einer angepassten Tätigkeit besteht (AB 73.2 S. 12).

Soweit die Beschwerdeführerin gestützt auf die Einschätzung von Dr. med. M. \_\_\_\_\_ (AB 85 S. 2 und 90 S. 18) geltend macht, ihr Zustand habe sich seit Februar 2014 nicht anhaltend verbessern lassen und es liege weiterhin ein schwerer depressiver Zustand vor (Beschwerde, S. 4 f.), ist ihr nicht zu folgen. Einerseits vermag Dr. med. M. \_\_\_\_\_ nicht konkret darzulegen, weshalb die Beurteilung des Gutachters unzutreffend sein soll, andererseits lässt sie auch die Einschätzung der behandelnden Ärzte der Klinik H. \_\_\_\_\_ vom 22. Juli 2015 (AB 58 S. 5) undiskutiert und verweist lediglich darauf, dass sich der Zustand der Beschwerdeführerin trotz der Behandlung in der Klinik nicht stabilisiert habe (AB 90 S. 18). Demgegenüber setzt sich der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. I. \_\_\_\_\_ detailliert mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte und der Psychotherapeutin lic. phil. F. \_\_\_\_\_ auseinander, begründet Abweichungen von den gestellten Diagnosen nachvollziehbar und weist auf Diskrepanzen hinsichtlich der biographischen Anamnese, die im Gutachten vom 3. Juli 2004

(AB 15) erhoben wurde, hin (AB 73.2 S. 11 f.). Soweit Dr. med. M.\_\_\_\_\_ den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung äussert (AB 85 S. 2 und 90 S. 18), ist der RAD-Ärztin Dr. med. N.\_\_\_\_\_ zuzustimmen, die vorbringt, dass diese bereits anlässlich der Untersuchung durch Dr. med. I.\_\_\_\_\_ hätte festgestellt werden müssen (AB 87 S. 3). Weiter gilt zu beachten, dass die Berichte bzw. Einschätzungen von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ (AB 85 S. 2 und 90 S. 18) als Stellungnahmen einer behandelnden Ärztin zurückhaltend zu gewichten sind (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 7. September 2005, I 136/05, E. 4.4). Somit ist davon auszugehen, dass im Zeitraum vom 27. Februar 2014 bis zum 17. Juli 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten und ab 18. Juli 2015 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gemäss dem von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ erstellten Zumutbarkeitsprofil bestand (AB 73.2 S. 11 f.).

**3.4.3** In somatischer Hinsicht ist die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit gemäss dem von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ erstellten Zumutbarkeitsprofil 100% arbeitsfähig (AB 73.5 S. 8).

**3.5** Gestützt auf dieses Ergebnis steht fest, dass ab 27. Februar 2014 eine revisionsrechtlich erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes mit entsprechend voller Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist. Sodann begründet die Verbesserung des Gesundheitszustandes ab 18. Juli 2015, die eine Verminderung der Arbeitsunfähigkeit von 100% auf 50% in einer angepassten Tätigkeit zur Folge hatte, eine erneute revisionsrechtlich relevante Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse. Diese hat sich vor Erlass der ersten Rentenverfügung vom 25. April 2017 (AB 89) ergeben, womit nebst der Revisionsbestimmung des Art. 17 Abs. 1 ATSG die Bestimmung über die Änderung des Leistungsanspruchs bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit (Art. 88a Abs. 1 IVV) analog anzuwenden ist (vgl. E. 2.6 hiervor).

#### **4.**

Im Folgenden ist die Invaliditätsbemessung zu prüfen.

**4.1** Es steht zu Recht ausser Frage, dass die Beschwerdeführerin als Teilzeiterwerbstätige zu qualifizieren ist und damit die gemischte Invaliditätsbemessungsmethode zur Anwendung kommt (vgl. E. 2.3 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat mit Blick auf die Invaliditätsbemessung einen Status von 80% Erwerb und 20% Haushalt angenommen (AB 89 S. 5 f.). Dies ist nicht zu beanstanden und wird von der Beschwerdeführerin auch ausdrücklich nicht bestritten (Beschwerde, S. 6).

**4.2** Folglich ist vorerst mittels Einkommensvergleich zu prüfen, wie es sich mit der Invalidität im Erwerbsbereich verhält (vgl. E. 2.3 hiervor).

**4.2.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn 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 EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**4.2.2** 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).

**4.3** Eine Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 70% besteht gemäss Angaben des Hausarztes Dr. O.\_\_\_\_\_ seit 12. August 2013 (AB 39 S. 3 Ziff. 1.6). Somit begann das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG im August 2013 zu laufen und endete im August 2014. Der frühestmögliche Rentenbeginn ist mit Blick auf den Umstand, dass ein allfälliger Rentenanspruch frühestens nach Ablauf der Karenzfrist von sechs Monaten seit der am 20. März 2014 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Anmeldung (AB 24 S. 1; Art. 29 Abs. 1 IVG) entsteht, auf September 2014 festzusetzen. Ein erster Einkommensvergleich ist deshalb auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen (BGE 129 V 222).

**4.4** Im Zeitraum vom 1. September 2014 bis zum 17. Juli 2015 war die Beschwerdeführerin aufgrund eines schweren depressiven Zustandes für sämtliche Tätigkeiten voll arbeitsunfähig (vgl. E. 3.4.2 hiervor). Somit entspricht der IV-Grad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit; auf einen eigentlichen Einkommensvergleich kann damit verzichtet werden. Mit Blick auf den Status 80% im Erwerbsbereich ergibt dies eine Invalidität von ebenfalls 80%, was unabhängig von der Einschränkung im Aufgabenbereich ab 1. September 2014 den Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (vgl. E. 2.2 hiervor).

**4.5** Die Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. die Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 50% in einer angepassten Tätigkeit ab 18. Juli 2015, nach dem Austritt aus der Klinik H.\_\_\_\_\_, stellt einen Revisionsgrund dar (vgl. E. 3.4.2 und 3.5 hiervor) und führt dazu, dass auf diesen Zeitpunkt hin ein erneuter Einkommensvergleich durchzuführen ist.

Gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin und ihrer Angehörigen (AB 77 S. 5 Ziff. 3.5) sowie mit Blick auf den Umstand, dass die Beschwerdeführerin zuletzt als Gesunde von 1997 bis 2002 als Reinigungsmitarbeiterin für die ... in einem 80%-Pensum gearbeitet hat (AB 5 S. 1 f. Ziff. 1 und 9), ist davon auszugehen, dass sie als Gesunde weiterhin im gleichen Umfang und Tätigkeitsfeld tätig wäre. Das Valideneinkommen ist damit gestützt auf den Tabellenlohn der LSE 2014 festzusetzen und beläuft sich

angepasst an ein 80%-Pensum und an die betriebsübliche Arbeitszeit sowie indexiert auf das Jahr 2015 auf jährlich Fr. 43'242.-- (LSE 2014, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen [Fr. 4'300.--] / 40 x 41.7 [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit, Total, 2014] / 103.6 x 104.1 [BFS, Tabelle T1.2.10 Nominallohnindex, Frauen, 2011-2015, Total] x 12 Monate x 80% Arbeitspensum).

Ab 18. Juli 2015 war die Beschwerdeführerin mit Blick auf eine angepasste Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig (vgl. E. 3.4.2 hiervor). Wie das Valideneinkommen ist vorliegend auch das Invalideneinkommen gestützt auf den Tabellenlohn der LSE 2014 zu bestimmen und beläuft sich auf Fr. 27'026.30 (LSE 2014, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen [Fr. 4'300.--] / 40 x 41.7 [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit, Total, 2014] / 103.6 x 104.1 [BFS, T1.2.10 Nominallohnindex, Frauen, 2011-2015, Total] x 12 Monate x 50% Leistungsfähigkeit).

Im Ergebnis resultiert aus dem Einkommensvergleich eine behinderungsbedingte Einkommenseinbusse von Fr. 16'215.70 bzw. 37.5%. Gewichtet mit dem Status 80% im Erwerbsbereich ergibt dies eine Invalidität von 30%.

**4.6** Hinsichtlich der Einschränkung im Aufgabenbereich ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Abklärungsbericht vom 11. August 2016 von einer Einschränkung von 11% aus (AB 77 S. 15). Diese Einschätzung ist mit Blick auf die medizinischen Grundlagen sowie auf die zumutbare Mithilfe des Ehemannes, der Tochter und des Schwiegersohnes, die im selben Haushalt leben, nicht zu beanstanden (vgl. BGE 133 V 504 E. 4.2 S. 509 f.; AB 77 S. 11 Ziff. 6). Angepasst an den Status von 20% ergibt dies somit eine gewichtete Invalidität von 2.2%.

Zusammen mit dem Ergebnis im Erwerbsbereich (Invalidität 30%; vgl. E. 4.5 hiervor) resultiert ein IV-Grad von gerundet 32% (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123), der keinen Rentenanspruch begründet (vgl. E. 2.2 hiervor). In der Folge ist die Invalidenrente gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV nach Ablauf von drei Monaten seit Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. seit dem 18. Juli 2015, das heisst per Ende Oktober 2015, aufzuheben (vgl. E. 2.6.2 hiervor).

**5.**

Nach dem Dargelegten ist die Verfügung vom 25. April 2017 (AB 89) nicht zu beanstanden. Die Beschwerdegegerin hat der Beschwerdeführerin zu Recht eine vom 1. September 2015 bis zum 31. Oktober 2015 befristete ganze Rente zugesprochen. Die Beschwerde ist abzuweisen.

**6.**

**6.1** 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.

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.

**6.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende 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.
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):

- Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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