

200 17 855 IV
ACT/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. Januar 2018

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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



betreffend Verfügung vom 14. September 2017

Sachverhalt:

A.

Die ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im August 2015 wegen eines chronischen Schmerzsyndroms bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 2; 8.2 S. 15). Die IVB tätigte erwerbliche Abklärungen, zog Berichte der behandelnden Ärzte und die vom zuständigen Krankentaggeldversicherer (act. II 15; 20) bei der Begutachtungsstelle C. _____ GmbH (nachfolgend Begutachtungsstelle C. _____) eingeholte interdisziplinäre internistisch-rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung (Expertise vom 28. September 2016 [act. II 17.2]) bei. Nachdem die IVB im Spital D. _____ eine rheumatologische Verlaufskontrolle hatte durchführen lassen (act. II 26 S. 2 f.), stellte sie mit Vorbescheid vom 30. Mai 2017 (act. II 29) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da kein invalidisierender Gesundheitsschaden (im Rechtssinne) vorliege. Dagegen erhob die Versicherte Einwand (act. II 30; 33), woraufhin die IVB eine Stellungnahme der RAD-Ärzte Dres. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und F. _____, einholte (act. II 39 f.). Mit Verfügung vom 14. September 2017 (act. II 47) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt und Notar B. _____, mit Eingabe vom 27. September 2017 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Rechtsbegehren:

Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 14. September 2017 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei rückwirkend seit wann rechtens eine Invalidenrente in gesetzlicher Höhe zuzusprechen.

Eventualiter sei die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 14. September 2017 aufzuheben und die Sache zwecks Ergänzung der medizinischen Abklärungen an die IV-Stelle Bern zurückzuweisen.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

In der Begründung macht die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, es treffe entgegen der angefochtenen Verfügung nicht zu, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Gegenteilig bestehe gemäss dem Gutachten der Begutachtungsstelle C._____ sowie dem RAD-Arzt Dr. med. E._____ auch in einer den Leiden angepassten Tätigkeit lediglich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Sodann liege in psychischer Hinsicht eine „mittel- bis schwergradige Depression“ (Beschwerde, S. 7, Ziffer 6) vor. Schliesslich sei die verbleibende Resterwerbsfähigkeit in Würdigung aller objektiven und subjektiven Umstände mit Blick auf das fortgeschrittene Alter nicht mehr verwertbar.

Mit Beschwerdeantwort vom 30. Oktober 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 19. Dezember 2017 gewährte der Instruktionsrichter der Beschwerdeführerin die Möglichkeit zur Einreichung einer allfälligen Stellungnahme betreffend die neue Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Invaliditätsermittlung bei psychischen Beschwerden (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 30. November 2017, 8C_841/2016 und 8C_130/2017, beide zur Publikation vorgesehen). Mit Eingabe vom 27. Dezember 2017 machte die Beschwerdeführerin geltend, anhand der Indikatoren sei eine Invalidität erstellt bzw. an der (eventualiter) beantragten Rückweisung zur weiteren Abklärung werde festgehalten.

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 14. September 2017 (act. II 47). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. Soweit mit der Abweisung des Leistungsbegehrens weitere Ansprüche verneint worden sind (S. 1), blieben diese unangefochten und sind insoweit in Rechtskraft erwachsen.

Schliesslich ist die Beschwerdegegnerin auf die noch während des hängigen Verwaltungsverfahrens eingereichte Anmeldung vom 28. August 2017 (act. II 43) zu Recht nicht weiter eingegangen (act. II 47 S. 2), entfaltet das entsprechende Gesuch doch keinerlei Rechtswirkungen.

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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

3.

3.1 Im vorliegend massgebenden Beurteilungszeitraum bis zur angefochtenen Verfügung vom 14. September 2017 (act. II 47) präsentierte sich der Gesundheitszustand aufgrund der medizinischen Akten im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt mit zu Handen des Krankentaggeldversicherers erstellter und auf persönlicher Untersuchung beruhender Beurteilung vom 29. Mai 2015 (act. II 8.2 S. 9-11) als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf ein chronifiziertes Schmerzsyndrom, DD Fibromyalgiesyndrom, chronisch rezidivierende depressive Episoden sowie einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung fest. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Osteoporose sowie ein Vitamin D3-Mangel (S. 10). Die Beschwerdeführerin berichte, unter „Knochenschmerzen“ zu leiden, wobei vor allem beide Hüften, beide Knie, links stärker als rechts, die Füsse und das

Sprunggelenk beidseits links stärker als rechts schmerzten. Dann seien wiederum Rückenschmerzen im gesamten Rücken bis zum Kopf vorhanden, hier mehr rechts als linksbetont (S. 9). Die Schmerzkrankheit lasse sich aufgrund der rheumatologischen Beurteilung bisher zwar beschreiben, aber kaum dokumentieren (S. 10).

3.1.2 Dr. med. H. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 20. Juli 2015 (act. II 12 S. 9 f.) fest, die Beschwerdeführerin melde sich bei ihm nach durchgeführtem MRI des linken Kniegelenkes. Dieses zeige degenerativ bedingte Meniskusküsläsionen medial und lateral, welche im Gesamtkontext momentan nur eine untergeordnete Bedeutung hätten. Die Beschwerdeführerin zeige klinisch das Vollbild einer chronischen Schmerzkrankheit. Die geltend gemachten Beschwerden liessen sich organisch nicht hinreichend erklären. Eine funktionell überlagerte Problematik müsse postuliert werden. Um der Beschwerdeführerin nicht Unrecht zu tun, habe er aber trotzdem eine systemische Steroidstosstherapie verordnet, um eine allfällige Steroidsensibilität dokumentieren zu können. Dies sei eindeutig nicht der Fall gewesen, so dass sich die Diagnose einer chronischen Schmerzkrankheit bestätige. Laborchemisch zeigten sich nach wie vor unauffällige Befunde (S. 9).

3.1.3 Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 9. September 2015 (act. II 12 S. 2-7) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest:

- Chronische Schmerzkrankheit mit Schmerzhemisyndrom rechts
- DD symptomatische Polyarthrose; atypische rheumatoide Arthritis
- Osteoporose
- Mechanisch instabile Hinterhornläsion medialer Meniskus
- Oberflächlicher Knorpelschaden Kniegelenk links
- Depression mit Angst- und Panikstörung

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei ein Vitamin D3-Mangel (S. 2). Es bestehe seit dem 11. Februar 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als ... (S. 4).

3.1.4 Im interdisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle C._____ vom 28. September 2016 (act. II 17.2) wurden die folgenden Diagnosen festgehalten (S. 17):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

M79.70 Chronisches Schmerzsyndrom mit/bei:

- Verdacht auf entzündliches Gelenksleiden mit möglicher Sicca-Symptomatik, klinisch leichte Synovitiden der Hände sowie im Fussbereich, Immunparameter negativ
- Generalisiertem panalgischem Schmerzanteil im Sinne eines Fibromyalgiesyndroms, DD primär versus sekundär

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei psychosozialen Belastungsfaktoren (ICD-10 F43.21)

Mediale und laterale Meniskopathie Knie links (MRI-verifiziert; ICD-10 M23.39)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Osteoporose der LWS, DXA-verifiziert 4/2015, bei anamnestischem Vitamin-D-Mangel (ICD-10 M81.99)

Die Beschwerdeführerin leide gemäss ihren Angaben insbesondere an Schmerzen in beiden Beinen, an brennenden Dauerschmerzen in beiden Füßen und beiden Händen bzw. an Schmerzen von den Schultern über die Ellenbogen in die Hände; nachts verspüre sie am ganzen Körper Ameisenlaufen (S. 5 f.).

Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, hielt fest, im Befund der aktuellen Untersuchung zeigten sich neben myofaszialen, weitgehend symmetrisch angeordneten Schmerzpunkten besonders im Bereich der Schulter- und Beckenpartie, die tatsächlich dem Bild eines Fibromyalgiesyndroms entsprechen könnten, auch lokale Befunde im Bereich beider Hände, des rechten Grundgelenks der Grosszehe sowie des linken Sprunggelenks, die als Synovitis-verdächtig angesprochen werden müssten und somit dem Gesamtbild eine zusätzliche Tendenz in Richtung eines entzündlichen Syndroms gäben. Aufgrund der aktuellen Untersuchung müsse deshalb der Verdacht auf eine zumindest mitbeteiligte Entzündungsproblematik im Sinne einer möglichen rheu-

matoiden Arthritis (Sjögren-Syndrom), wie schon früher geäussert, vermutet werden. Dass sich daraus oder daneben eine teilweise chronifizierte generalisierte Schmerzproblematik entwickelt habe, sei zu vermuten, mindere jedoch die Bedeutung der heute vorgefundenen objektiven Befunde nicht. Unter diesem Aspekt sollte die Beschwerdeführerin nochmals fachärztlich rheumatologisch untersucht werden (S. 13).

Dr. med. K. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt fest, auf psychiatrischem Gebiet fänden sich Hinweise auf eine „Schmerzverarbeitungsstörung“ mit somatoformer Ausgestaltung von Beschwerden, auf der anderen Seite sprächen einige Elemente gegen eine eigenständige („klassische“) somatoforme Schmerzstörung, zumal die diagnostischen Kriterien der ICD-10 dafür nicht vollständig erfüllt seien, die Beschwerdeführerin somatisch noch nicht vollständig abgeklärt sei und die Verdachtsdiagnose auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung bisher nicht habe ausgeräumt werden können. Von psychiatrischer Seite könne als vorläufige Diagnose eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erhoben werden, zusätzlich zu einer längeren depressiven Reaktion im Sinne einer depressiven Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) vor dem Hintergrund der belastenden aktuellen psychosozialen und gesundheitlichen Lebenssituation. Aufgrund des klinischen Eindrucks entspreche die depressive Befindlichkeitsstörung einem leichtgradig ausgeprägten depressiven Zustandsbild (S. 16). Eine Symptomenkonstellation eines depressiven Syndroms im engeren Sinne habe sich nicht erheben lassen (S. 15).

In der gesamtmedizinischen Beurteilung hielten die Gutachter fest, die subjektiv beklagten Beschwerden hätten nur teilweise objektiviert werden können, in einem kleinen Ausmass, indem sich nebst der generalisierten myofaszialen Druckschmerzhaftigkeit auch lokale, Synovitis-verdächtige Befunde im Bereich beider Hände, des rechten Grundgelenks der Grosszehe sowie des linken Sprunggelenks gefunden hätten, die auf ein entzündliches Gelenksleiden hinwiesen. Auf psychiatrischem Gebiet hätten sich leichte affektive Veränderungen entsprechend der beklagten Störung der Gesamtbefindlichkeit gefunden. Nicht-medizinische, krankheitsfremde (psychosoziale) Faktoren hätten einen wesentlichen Einfluss auf das

Krankheitsgeschehen im Rahmen der depressiven Anpassungsstörung sowie auch auf die Ausgestaltung des Schmerzbildes. In der bisherigen „Putztätigkeit“ sei die Beschwerdeführerin beim heutigen Zustandsbild besonders wegen ihrer Handproblematik, aber auch derjenigen des linken Knies mit bilateraler Meniskopathie (behindertes Bücken bzw. Kauern) nicht mehr einsetzbar, ihre Arbeitsfähigkeit (richtig wohl: Arbeitsunfähigkeit) betrage hier 100% (S. 18). Körperlich leichte Arbeiten könne die Beschwerdeführerin mit einem halben zeitlichen und leistungsmässigen Pensum ausüben, dies bezogen auf eine theoretische 100%-Tätigkeit (S. 19).

3.1.5 Im Bericht des Spitals D. _____ vom 13. März 2017 (act. II 26 S. 2 f.) wurden im Wesentlichen eine chronische Schmerzkrankheit, eine Osteoporose sowie eine Panikstörung November 2013 diagnostiziert. In der Zusammenschau von Anamnese und klinischen Untersuchungsbefunden seien die Beschwerden am ehesten im Rahmen „des bekannten chronischen Schmerzsyndroms“ zu interpretieren (S. 2).

3.1.6 Im ärztlichen Bericht vom 11. Mai 2017 (act. II 28 S. 3 f.) hielt der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ fest, eine eigentliche rheumatologische Erkrankung bestehe nicht (S. 4). Das im Gutachten der Begutachtungsstelle C. _____ formulierte Zumutbarkeitsprofil gelte damit weiterhin (S. 3).

3.1.7 Im von der Beschwerdeführerin mitunterzeichneten, mit „Erneute IV-Anmeldung/Rekurs“ übertiteltem Bericht vom 28. Juni 2017 (act. II 30 S. 1) hielt Dr. med. L. _____ fest, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 28. April 2016 in ihrer ambulanten psychiatrischen Behandlung. Sie leide an einem chronisch depressiven Zustand gemäss ICD-10 F33.11. Die Krankheit zeige einen chronifizierten Verlauf. Aktuelle Symptome seien depressive Stimmung, Antriebslosigkeit, Gedankenkreisen, innerliche Leere, Verlust der Lebensfreude, Schlafstörungen und Nervosität. Grundsätzlich handle es sich um eine organische Depression (niedriger Serotoninspiegel). Einen sekundären Einfluss hätten psychosoziale Belastungssituationen. Als Hauptdiagnose bestehe keine Anpassungsstörung, sondern eine mittel- bis schwergradige Depression. Es beständen auch keine Somatisierungsstörungen. Die Beschwerdeführerin habe aufgrund der Depressionen ihre Arbeit aufgeben müssen. Sie werde mit hochdosier-

ten Antidepressiva behandelt. Sie sei massiv in ihrem sozialen und alltäglichen Leben eingeschränkt.

3.2

3.2.1 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).

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

3.3

3.3.1 Das interdisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C._____ vom 28. September 2016 (act. II 17.2) erfüllt – soweit die Beurteilung des Gesundheitsschadens betreffend – die Voraussetzungen der Rechtsprechung (vgl. E. 3.2.2 hiervor) und erbringt insoweit vollen Beweis. Es ist nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Was die Beschwerdeführerin und die behandelnde Ärztin in ihrem gemeinsam unterzeichneten Bericht vom 28. Juni 2017 (act. II 30 S. 1) dagegen respektive ausschliesslich gegen die im psychiatrischen Teilgutachten erfolgten diagnostischen Einordnungen vorbringen, dringt nicht durch:

So wird die im nämlichen Bericht postulierte Diagnose einer mittel- bis schwergradigen Depression nicht ansatzweise befundmässig untermauert. Weiter fehlt es hinsichtlich der Behauptungen, es liege eine „organische Depression“ vor und es beständen auch keine Somatisierungsstörungen, an einer nachvollziehbaren Begründung, wie auch der RAD-Arzt Dr. med. F._____ überzeugend festhält (act. II 39 S. 3). Schliesslich widerspricht die Darstellung im Bericht, wonach die Beschwerdeführerin „massiv in ihrem sozialen und alltäglichen Leben eingeschränkt“ sei, diametral ihren Angaben gegenüber der Gutachterin Dr. med. K._____ (act. II 17.2 S. 15; vgl. auch E. 4.4.4 hinten). Damit werden im Bericht vom 28. Juni 2017 keine Aspekte aufgezeigt, welche Zweifel an den Schlussfolgerungen im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. K._____ zu wecken vermöchten. Insbesondere hat sie überzeugend und nachvollziehbar dargelegt, dass gerade keine Symptomkonstellation eines depressiven Syndroms im engeren Sinne gegeben ist (act. II 17.2 S. 15). Dass Dr. med. F._____ in der Stellungnahme vom 25. Juli 2017 anregte, es sei ein „aussagekräftiger Befundbericht“ bei Dr. med. L._____ einzuholen (act. II 39 S. 3), was nicht erfolgte, führt zu keinem anderen Ergebnis: Denn die Untersuchung durch Dr. med. K._____ erfolgte im August 2016 (act. II 17.2 S. 1) und damit nach Behandlungsbeginn bei Dr. med. L._____ im April 2016 (vgl. act. II 30 S. 1). Soweit Letztere in ihrem Bericht mit Bezug auf die von ihr attestierte mittel- bis schwergradige Depression einen chronischen Verlauf postulierte, überzeugt dies nicht, fehlen doch bereits im Gutachten der Begutachtungsstelle C._____, aber auch in den übrigen Akten jegliche Hinweise auf eine allfällige Änderung des Gesundheitszustandes im Sinne der Berichterstattung von Dr. med. L._____.

3.3.2 In somatischer Hinsicht ist erstellt, dass für die multiplen, körperlich empfundenen Schmerzen – mit Ausnahme der bilateralen Meniskopathie, welcher jedoch im Gesamtkontext eine untergeordnete Bedeutung zukommt (act. II 12 S. 9) – zu keinem Zeitpunkt ein hinreichendes organisches Korrelat vorgelegen hat (act. II 8.2 S. 10; 12 S. 9; 17.2 S. 18; vgl. auch S. 14). Wohl hat Dr. med. J._____ eine weitere rheumatologische Untersuchung als indiziert erachtet (vgl. act. II 17.2 S. 13). Diese erfolgte am 1. März 2017 und ergab (unverändert) keine eigentliche rheumatologische Erkrankung (vgl. act. II 26 S. 2; 28 S. 4). Entsprechend wurde das

chronische Schmerzsyndrom aus rheumatologischer Sicht als Fibromyalgiesyndrom interpretiert (act. II 17.2 S. 13), welches rechtsprechungsgemäss – analog zur somatoformen Schmerzstörung und im Sinne eines diagnostischen Gegenstücks in der Rheumatologie – als unklares syndromales Beschwerdebild zu qualifizieren ist (BGE 132 V 65, 139 V 346 E. 2 S. 346) mit der Folge, dass – wie bei sämtlichen psychischen Gesundheitsschäden – eine Indikatorenprüfung durchzuführen ist (vgl. E. 4 hinten). Dasselbe gilt für die Knieproblematik: Die Gutachter gehen zwar u.a. deswegen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus (act. II 17.2 S. 18 Ziff. 9), was jedoch nicht zu überzeugen vermag. Denn Dr. med. H._____ mass den degenerativ bedingten Meniskusküsläsionen allein eine untergeordnete Bedeutung zu; die Beschwerdeführerin zeige klinisch das Vollbild einer chronischen Schmerzkrankheit (act. II 12 S. 9). Auch die von den Gutachtern als notwendig erachtete weitere Abklärung am Spital D._____ ergab allein umfangreiche diffuse Druckschmerzen (act. II 26 S. 3); die Ärzte interpretierten die Beschwerden denn auch „am ehesten“ im Rahmen des bekannten chronischen Schmerzsyndroms und gingen auch hinsichtlich Knie diagnostisch von einer Schmerzexazerbation bei chronischer Schmerzkrankheit aus (act. II 26 S. 2). Damit sind die Klagen über Kniebeschwerden ebenfalls der Schmerzproblematik zuzurechnen und entsprechend zu beurteilen.

In psychischer Hinsicht liegt gestützt auf das entsprechende Teilgutachten von Dr. med. K._____ eine dem Fibromyalgiesyndrom der Rheumatologie entsprechende chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor, zusätzlich zu einer längeren depressiven Reaktion im Sinne einer depressiven Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) vor dem Hintergrund einer belastenden aktuellen psychosozialen und gesundheitlichen Lebenssituation. Dabei entspricht die depressive Befindlichkeitsstörung einem leichtgradig ausgeprägten depressiven Zustandsbild (act. II 17.2 S. 16). Zwar hat Dr. med. K._____ mit Blick auf die im Zeitpunkt der Begutachtung noch bestehende Verdachtsdiagnose einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung nur von einer vorläufigen Diagnose gesprochen. Nachdem jedoch die zusätzlichen Untersuchungen dem Dargelegten zufolge keine Hinweise auf eine organisch zu objektivierende rheumatische

Erkrankung lieferten, erweist sich – auch mit Blick auf die insoweit im Wesentlichen gleiche Diagnosestellung in den übrigen medizinischen Akten (vgl. act. II 8.2 S. 10; 12 S. 2, 9; 26 S. 2) – die im Gutachten der Begutachtungsstelle C. _____ diagnostizierte Schmerzstörung als überzeugend.

3.3.3 Während Dr. med. K. _____ in psychiatrischer Hinsicht eine Leistungsminderung von höchstens 20% attestierte (act. II 17.2 S. 17), bescheinigte Dr. med. J. _____ für die angestammte Tätigkeit im ... eine 100%ige und in einer den Leiden angepassten Tätigkeit eine 50%ige Einschränkung (S. 14). Interdisziplinär attestierten die Gutachter für körperlich leichte Arbeiten sowie bezogen auf ein 100%-Pensum eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 19).

Im Folgenden ist zu prüfen, ob diese im Wesentlichen auf einem unklaren Beschwerdebild beruhende Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch in rechtlicher Hinsicht beachtlich ist.

4.

4.1

4.1.1 Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (vgl. E. 2.1 vorne; BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten

Person auszugehen ist (E. 3.7.2) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

4.1.2 In zwei zur Publikation vorgesehenen Entscheiden vom 30. November 2017 änderte das Bundesgericht seine Rechtsprechung dahingehend, als grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen – nicht nur somatoforme/funktionelle Störungen – dem mit BGE 141 V 281 entwickelten strukturierten Beweisverfahren (vgl. E. 4.1.1 vorne) zu unterstellen sind (vgl. BGer 8C_130/2017, E. 7.1 f.; 8C_841/2016, E. 4.5.1). Weiter stellte das Bundesgericht klar, dass das strukturierte Beweisverfahren einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegensteht, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert; deshalb sind einzelne Beschwerden wegen fehlender iv-rechtlicher Relevanz nicht auszuschneiden, sondern im Rahmen einer Gesamtbetrachtung zu beachten (BGer 8C_130/2017, E. 8.1).

Unverändert bleibt Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung eine lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (BGer

8C_130/2017, E. 8.1; 8C_841/2016, E. 4.5.2), wobei der in der Medizin vorherrschende bio-psycho-soziale Krankheitsbegriff im Rahmen der Arbeitsfähigkeit nach Art. 6 ATSG nach wie vor nicht massgebend ist. Das Bundesgericht präzisierte jedoch, dass aus einer Diagnose – unabhängig von der klassifikatorischen Einordnung einer Krankheit mit oder ohne diagnoseinhärentem Bezug zum Schweregrad – allein keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse bei psychischen Störungen resultiert (BGer 8C_130/2017, E. 6). Entscheidend bleibt – unabhängig von der diagnostischen Einordnung eines Leidens – ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei unverändert die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGer 8C_841/2016, E. 4.5.2).

Schliesslich hielt das Bundesgericht – in Änderung seiner Rechtsprechung zu den depressiven Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur, jedoch in Bestätigung der mit BGE 127 V 294 E. 4c S. 298 entwickelten Praxis – fest, dass die grundsätzlich gegebene Therapierbarkeit eines (psychischen) Leidens keinen Ausschlussgrund für die Bejahung einer Invalidität darstellt (BGer 8C_841/2016, E. 4.2 und 4.4). Wie bei den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden verbleiben aber Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtige Schweregradindikatoren (E. 4.5.2).

4.2 Eine neue Rechtspraxis ist grundsätzlich nicht nur auf künftige, sondern auf alle, im Zeitpunkt der Änderung noch hängigen Fälle anwendbar (BGE 114 V 315 E. 5c S. 218).

4.3

4.3.1 Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung dieser in BGE 137 V 210 E. 6 S. 266

entwickelten Grund-sätze auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309). Mangels anderweitiger Hinweise in BGer 8C_841/2016 und 8C_130/2017 beansprucht diese Rechtsprechung auch vorliegend Gültigkeit.

4.3.2 Für die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit respektive der Invalidität ist jedoch zu beachten, dass dem Arzt bei der Folgenabschätzung der von ihm erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigung keine abschliessende Beurteilungskompetenz zukommt. Weil die Arbeitsfähigkeit keine rein medizinische, sondern letztlich eine juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliert (Entscheid des BGer vom 29. Dezember 2016, 9C_497/2016, E. 5.1).

4.4 Wie in E. 3.3.2 vorne dargelegt, leidet die Beschwerdeführerin an psychischen Beschwerden im Sinne einer chronischen Schmerzstörung. Der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) fehlt es an einem Bezug zum Schweregrad (BGer 8C_130/2017, E. 5.1), welcher Umstand allein sich nach der nunmehr geänderten und vorliegend zu berücksichtigenden (vgl. E. 4.2 vorne) Rechtsprechung jedoch nicht mehr anspruchrelevant auswirkt (vgl. E. 4.1.2 vorne). Sodann bestehen auch keine Ausschlussgründe (vgl. BGE 131 V 49; act. II 17.2 S. 20), womit die Invalidität nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu prüfen ist (vgl. E. 4.1 vorne). Dabei erlaubt das interdisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C._____ vom 28. September 2016 (act. II 17.2) unter Berücksichtigung der übrigen medizinischen Akten eine zuverlässige rechtliche Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren (vgl. E. 4.3.1 vorne) und der von der Beschwerdeführerin (eventuell) beantragten Rückweisung

an die Beschwerdegegnerin zwecks Durchführung weiterer Abklärungen bedarf es – auch unter dem Gesichtspunkt der Invaliditätsermittlung – nicht.

4.4.1 Hinsichtlich der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ und dem Komplex „Gesundheitsschädigung“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 f.) ist zunächst festzuhalten, dass die Gutachter das chronische Schmerzsyndrom diagnostisch im Rahmen eines Fibromyalgiesyndroms bzw. – wie hiavor dargelegt – einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) eingeordnet haben (act. II 17.2 S. 17). Dabei fällt zunächst auf, dass die im Rahmen der Untersuchungen erhobenen Befunde durchwegs bescheiden ausfielen (vgl. S. 10 ff.): In rheumatologischer Hinsicht stellte Dr. med. J. _____ einzig (im Spital D. _____ als diffus [vgl. act. II 26 S. 3] und von Dr. med. H. _____ als übertrieben [act. II 12 S. 10] beschriebene) Schmerzpunkte im Bereich der Schulter- und Beckenpartie fest, wohingegen die vermutete rheumatoide Arthritis nicht bestätigt werden konnte (act. II 26 S. 2). In der psychiatrischen Begutachtung fielen hauptsächlich affektive Veränderungen auf (act. II 17.2 S. 14), wobei jedoch die Angaben zur psychischen Befindlichkeit insgesamt – trotz Beizug eines Dolmetschers – vage blieben (S. 15). In der interdisziplinären Beurteilung bestätigten die Gutachter denn auch, dass die geltend gemachten Beschwerden nur in einem kleinen Ausmass objektiviert werden könnten (S. 18) und der von der Beschwerdeführerin geschilderte Tagesablauf die Schwere sowohl der depressiven Befindlichkeitsstörung sowie auch des chronischen Schmerzsyndroms relativiere (S. 15). Sodann wird das Beschwerdebild nach Einschätzung der Gutachter erheblich durch – invaliditätsfremde – psychosoziale Faktoren beeinflusst (vgl. S. 18 und 20), was insofern ins Gewicht fällt, als die vorliegend diagnostizierte, für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit jedoch allein massgebende (vgl. E. 2.1 und 4.1.2 vorne) psychische Störung gleichzeitig wenig ausgeprägt ist. Schliesslich wies Dr. med. K. _____ auf einen deutlichen sekundären Krankheitsgewinn in der Familie hin, welche die Beschwerdeführerin in allem entlastete (vgl. S. 16). In Würdigung dieser Umstände erweisen sich die diagnoserelevanten Befunde somit als nicht ausgeprägt.

4.4.2 Mit Bezug auf den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 298) ist Folgendes festzuhalten: Aus dem Gutachten der Begutachtungsstelle C._____ geht hervor, dass die Beschwerdeführerin lediglich einmal pro Monat psychotherapeutisch behandelt wird und bis auf Paracetamol keine eingenommenen Medikamente – namentlich auch keine Antidepressiva – zu benennen vermochte (S. 17). Zwar ergeben sich aus den übrigen Berichten durchaus Hinweise auf eine antidepressive Medikation (vgl. act. II 12 S. 3, 10; 26 S. 2); mit Bezug auf die (subjektiv hauptsächlich einschränkende) Schmerzproblematik geht aus dem Gutachten der Begutachtungsstelle C._____ jedoch hervor, dass eine konsequente Behandlung offensichtlich an der Umsetzung des in der Therapie Erlernten im Alltag scheitert (vgl. act. II 17.2 S. 22), wobei der besondere Fokus (auch) auf die (eigenverantwortliche) konsequente Durchführung von Heimübungen gelegt wurde (vgl. act. II 26 S. 2), wofür – so Dr. med. K._____ – der Beschwerdeführerin zuhause der Anreiz fehle (act. II 17.2 S. 16). Könnten die Beschwerden demnach durch konsequente Einhaltung des Therapiesettings positiv beeinflusst werden, kann von einer Behandlungsresistenz nicht ausgegangen werden. Wenngleich nach der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts die grundsätzlich gegebene Therapierbarkeit eines Leidens keinen Ausschlussgrund für die Bejahung der Invalidität mehr darstellt, so bilden Ausgang und Verlauf der Therapien dennoch wichtige Schweregradindikatoren (vgl. E. 4.1.2 vorne). Nachdem eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz nicht erstellt ist (vgl. act. II 17.2 S. 22; 19 S. 2), weisen Ausgang und Verlauf der (keinen hohen Intensitätsgrad aufweisenden) Therapien das geklagte Leiden nicht als schwerwiegend bzw. invalidisierend aus.

4.4.3 Im Weiteren liegt hinsichtlich der von Dr. med. K._____ diagnostizierten Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (act. II 17.2 S. 17) keine schwere, persönliche Ressourcen raubende (psychische) Komorbidität vor. Die Gutachterin stellte ein leichtgradig ausgeprägtes, in Wechselwirkung mit der Schmerzproblematik stehendes depressives Zustandsbild fest, welches allein leichte funktionelle Beeinträchtigungen zur Folge hat (vgl. S. 17), wobei sie eine Symptomkonstellation eines depressiven Syndroms im engeren Sinne

ausdrücklich verneinte (S. 15). Dr. med. K._____ hielt denn auch die starke Fokussierung auf das Schmerzerleben – was sich im Alltag jedoch nicht im gleichen Ausmass widerspiegle – und das weitgehende Fehlen körperlicher Aktivitäten als hauptsächliche ressourcenmindernde Faktoren fest, wohingegen die psychische Befindlichkeit lediglich leicht beeinträchtigt sei (S. 21). Schliesslich liegt auch keine somatische Komorbidität vor, nachdem eine rheumatische Erkrankung nicht erstellt ist (vgl. E. 3.3.2 vorne).

4.4.4 Mit Bezug auf den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) stellte Dr. med. K._____ einzig eine vermehrte Schüchternheit, abgesehen davon aber keine Persönlichkeitsakzentuierungen, fest (S. 14). Nichts anderes ergibt sich aus den übrigen Akten, womit persönlichkeitsbezogene Faktoren der Schmerzüberwindung (vgl. E. 2.1 vorne) respektive einer erwerblichen Tätigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich im Wege stehen. Sodann weist der Komplex „Sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) auf erhebliche Kompensationspotentiale hin: Insoweit hielten die Gutachter fest, die recht regen sozialen Aktivitäten der Beschwerdeführerin könnten als Ressource genannt werden. So verbringe sie täglich Zeit mit ihren Kindern und Enkelkindern, gehe mit ihnen spazieren (zusammen mit dem Ehemann), wobei die Enkelkinder ihr Freude bereiteten und sie beruhigen würden. Des Weiteren habe sie einige gemeinsame Aktivitäten mit dem Ehemann bei einer anamnestisch guten ehelichen Beziehung. Ferner habe das Ehepaar offenbar „Hausfreunde“, welche sie fast täglich treffen würden. Ausserdem habe die Beschwerdeführerin eine gute Nachbarin und Kollegin, mit der sie sich regelmässig ... treffe. Daneben koche sie die Mahlzeiten und Einzig ihr früheres Hobby, das ..., habe sie aufgegeben (S. 20). Demnach wirken sich der soziale Bereich mit insbesondere intakten Familienstrukturen, aber auch das Aktivitätsniveau, positiv auf das Leistungsvermögen aus. Damit ist gleichzeitig erstellt, dass keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen Lebensbereichen besteht (Konsistenz; BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303).

4.4.5 Demnach lassen die zu berücksichtigenden Indikatoren nicht den Schluss auf invalidisierende Funktionseinbussen im rechtlichen Sinne zu.

In der Folge ist die Einschätzung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit im interdisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle C._____ der Dres. med. J._____ und K._____ vom 28. September 2016 (act. II 17.2) invalidenversicherungsrechtlich nicht massgeblich. Dies gilt mit Bezug auf den gesamten Beurteilungszeitraum seit der Anmeldung zum Leistungsbezug im August 2015 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. September 2017, nachdem der massgebliche (medizinische) Sachverhalt im Lichte der Berichte der behandelnden Ärzte keinen wesentlichen Schwankungen unterworfen war (vgl. E. 3.1 und 3.3 vorne).

4.5 Zusammenfassend besteht mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens von vornherein kein Rentenanspruch. Die in der Beschwerde aufgeworfene Frage der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit (vgl. S. 7, Ziffer 7.1 ff.) bedarf daher keiner Beurteilung. Die angefochtene Verfügung ist somit nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

5.

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

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

5.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (inklusive Eingabe der Beschwerdeführerin vom 27. Dezember 2017)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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