

200 17 895 IV
SCJ/GUA/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. Juli 2018

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Gurtner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. September 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1966 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) bezog seit April 2000 eine Rente der Invalidenversicherung; zunächst wurde ihr von der IV-Stelle ... eine halbe und ab April 2007 eine ganze Rente zugesprochen (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 2.1 S. 104, 2.1 S. 5 - 7). Am 9. Juli 2008 wurde der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente durch die zufolge Wohnsitzwechsel nunmehr zuständige IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) revisionsweise bestätigt (act. II 10). Im Rahmen eines weiteren Revisionsverfahrens (act. II 11 ff.) veranlasste die IVB ein psychiatrisches Gutachten (datierend vom 4. Juni 2009 [act. II 31]) und reduzierte die ganze Rente mit Verfügung vom 22. Juni 2010 (act. II 50) per 1. August 2010 (act. II 52) auf eine halbe Rente (Invaliditätsgrad [IV-Grad]: 54%). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Am 31. August 2012 reichte die Versicherte ein Gesuch um Rentenrevision ein und machte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab Juli 2012 geltend (act. II 56). Die IVB wies das Rentenerhöhungsgesuch nach Einholung eines bidisziplinären Gutachtens der medizinischen Abklärungsstelle, C. _____ (MEDAS), vom 16. Dezember 2014 (act. II 92.1) mit Verfügung vom 24. Februar 2015 (act. II 98) ab. Die hiergegen erhobene Beschwerde (act. II 99) wies das Verwaltungsgericht mit Entscheid vom 28. Juli 2015, IV/2015/274, ab (Akten der Invalidenversicherung [act. IIA] 109). Dieser Entscheid blieb unangefochten.

B.

Mit Revisionsgesuch vom 12. November 2015 machte die Versicherte aufgrund eines Sehnenrisses an der rechten Schulter eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend (act. IIA 113). Nach Einholung medizinischer Unterlagen veranlasste die IVB eine bidisziplinäre Begutachtung durch Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, und Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und

Psychotherapie (Gutachten sowie bidisziplinäre Beurteilung vom 11. Mai 2017 [act. IIA 192.1, 191.1 und 192.2 bzw. 191.2]). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. IIA 197 und 204) erhöhte die IVB die halbe Rente aufgrund einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes rückwirkend von Februar bis Juni 2016 sowie von Februar bis Juni 2017 auf eine ganze Rente und hob die halbe Rente schliesslich per Ende Oktober 2017 auf (Verfügung vom 12. September 2017 [act. IIA 211]).

C.

Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 10. Oktober 2017 Beschwerde erheben und die Aufhebung der Verfügung vom 12. September 2017 betreffend Invalidität der Beschwerdeführerin ab dem 1. Juli 2017 beantragen. Sinngemäss wurde um Zusprechung einer höheren Rente ab diesem Zeitpunkt ersucht. Zudem sei die aufschiebende Wirkung der Beschwerde wiederherzustellen. Schliesslich sei der Beschwerdeführerin das Recht auf unentgeltliche Rechtspflege und ein amtlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

Mit Eingabe vom 25. Oktober 2017 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht des Spitals F._____ vom 20. Oktober 2017 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3) zu den Akten.

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 10. November 2017 die Abweisung der Beschwerde und des Gesuchs um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde.

Der Instruktionsrichter wies das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung mit prozessleitender Verfügung vom 16. November 2017 ab und forderte die Beschwerdegegnerin auf, zum Bericht des Spitals F._____ vom 20. Oktober 2017 (act. I 3) Stellung zu nehmen.

Mit Eingabe vom 21. Dezember 2017 reichte die Beschwerdegegnerin eine Stellungnahme von Dr. med. E._____ vom 15. Dezember 2017 zu den Akten und hielt an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

Am 27. Dezember 2017 reichte die Beschwerdeführerin einen Sprechstundenbericht des Spitals G. _____ vom 1. Dezember 2017 zu den Akten (act. I 6).

Mit prozessleitender Verfügung vom 16. Januar 2018 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut und ordnete der Beschwerdeführerin Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt bei.

Am 12. Februar 2018 gingen beim Verwaltungsgericht weitere Arztberichte des Spitals G. _____ ein (Akten der Beschwerdeführerin [act. III]).

Mit Eingabe vom 3. April 2018 äusserte sich die Beschwerdeführerin zur Beschwerdeantwort bzw. zur Stellungnahme von Dr. med. E. _____ vom 15. Dezember 2017.

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 12. September 2017 (act. IIA 211), mit welcher die halbe Invalidenrente der Beschwerdeführerin rückwirkend von Februar bis Juni 2016 und von Februar bis Juni 2017 auf eine ganze Invalidenrente erhöht und schliesslich per Ende Oktober 2017 aufgehoben wurde. Umstritten ist einzig der Rentenanspruch ab 1. Juli 2017 und damit auch die Aufhebung der Rente per Ende Oktober 2017 (Beschwerde, S. 2, Rechtsbegehren 1). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt indessen ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete Invalidenrente zugesprochen wird. Wird nur die Aufhebung der Rente angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Folglich ist vorliegend der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente rückwirkend ab Februar 2016 zu prüfen.

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 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 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 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).

2.4 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).

2.4.1 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch 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. 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 (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.4.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad 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 (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

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).

2.4.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

2.5 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

2.5.1 Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] 8C_87/2009, E. 2.2).

2.5.2 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 IVV). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeein-

flussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

2.5.3 Bei Versicherten, welche die Leistung weder unrechtmässig erwirkt noch die Meldepflicht verletzt haben, erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88^{bis} Abs. 2 IVV).

3.

3.1 Den Akten ist in medizinischer Hinsicht – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im MEDAS-Gutachten vom 16. Dezember 2014 (act. II 92.1) diagnostizierten die Gutachterinnen Dres. med. H._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und I._____, Fachärztin für Rheumatologie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.30), eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), ein Funktions- und Belastungsdefizit beider Hüftgelenke bei beginnender Coxarthrose (ICD-10 M16.9) sowie ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5). Gemäss bidisziplinärer Beurteilung sei die Belastbarkeit des Hüft- und Wirbelsäulenbereichs leicht bis mässiggradig reduziert, sodass keine körperlich schweren und überwiegend mittelschweren Tätigkeiten zumutbar seien. Für leichte bis intermittierend mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Einnahme von Zwangshaltungen sowie ohne ausschliessliche Steh- und Gehbelastung, bestehe jedoch aus rheumatologischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. II 92.1 S. 20). Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit vor allem aufgrund der Persönlichkeitsstörung im Umfang von 50% eingeschränkt. Ein höheres Pensum würde die Beschwerdeführerin überfordern und es könne zu Dekompensationen kommen. Das Pensum könne beispielsweise halbtätig durchgeführt werden (act. II 92.1 S. 21).

3.1.2 In somatischer Hinsicht diagnostizierten die behandelnden Ärzte des Spitals G._____ im Bericht vom 8. Januar 2016 (act. IIA 131) einen

Status nach diagnostischer Schulterarthroskopie rechts, einem mini-open Rekonstruktionsversuch der Supra-/Infraspinatussehne, einer Tenotomie der langen Bizepssehne sowie einem Pulley-Débridement vom 16. November 2015 bei einer inoperablen Rotatorenmanschettenmassenruptur, einer Totalruptur der Supra/Infraspinatussehne, cranialer Teres minor, sowie kompletter Pulley Läsion mit Instabilität und Tendinopathie der langen Bizepssehne. Klinisch sei die Beschwerdeführerin beschwerdearm, radiologisch zeige sich noch eine leichte Dezentrierung. Inwieweit sich die aktive Beweglichkeit und Kraft verbessern liessen, werde sich im Verlauf zeigen. Klar sei jedoch, dass eine belastende Tätigkeit nicht ausführbar sei. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 16. November 2015 bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig.

Weiter stellten die behandelnden Ärzte des Spitals G. _____ im Bericht vom 20. Juli 2016 fest, aktuell bestehe ein Restschmerz und Wetterfühligkeit (act. IIA 144 S. 2 Ziff. 4). Langfristig könne davon ausgegangen werden, dass belastende Tätigkeiten nicht mehr durchführbar seien. Es sei deshalb eine entsprechende Anpassung des Arbeitsplatzprofils vorzunehmen. Die Beschwerdeführerin könne keine Arbeiten über 3 kg über Brustniveau mehr ausführen. Ausserdem gelte ein Gewichtslimit von körpurnah bis maximal 10 kg bis Brustniveau. Überkopfarbeiten sowie repetitive Tätigkeiten seien nicht mehr möglich (act. IIA 144 S. 3 Ziff. 9). Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (act. IIA 144 S. 3 Ziff. 11).

3.1.3 In psychischer Hinsicht diagnostizierten die behandelnden Ärzte des Spitals F. _____ im Bericht vom 6. Juli 2016 eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradig; ICD-10 F33.1) bei diversen somatischen Beschwerden, welche mit einer Schmerzproblematik einhergingen, sowie einen Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0, Z61.4). Aktenanamnestisch bestehe zudem ein Verdacht auf eine abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7; act. IIA 143 S. 2 Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin sei bereits seit Jahren nicht mehr arbeitstätig und derzeit auch in ihrer Belastbarkeit stark eingeschränkt, sodass sie unter den jetzigen Umständen im ersten Arbeitsmarkt als nicht arbeitsfähig eingestuft werden müsse (act. IIA 143 S. 4 Ziff. 1.6). Da die letzte Arbeitstätigkeit bereits lange zurückliege, könne zu

dieser keine Stellung bezogen werden. Einschränkungen beständen in der psychischen Belastbarkeit. Die Beschwerdeführerin erlebe grosses Misstrauen und Ängste im Kontakt mit anderen Menschen. Weiter sei von einer deutlich reduzierten Leistungsfähigkeit und einer geringen Stress- und Drucktoleranz auszugehen. Durch die eingeschränkte Belastbarkeit seien nur kurze Arbeitszeiten möglich, schnell seien Pausen und Regenerationszeiten notwendig. Die Beschwerdeführerin erlebe immer wieder Tage, an welchen sie kaum Energie habe und den Arbeiten im Haushalt nur sehr eingeschränkt nachgehen könne (act. IIA 143 S. 4 Ziff. 1.7). Teilweise könnten die Einschränkungen vermindert werden. Bei der aktuellen Ausprägung und der Dauer der Erkrankung sei jedoch davon auszugehen, dass auch längerfristig eine deutliche Einschränkung vorhanden sein werde. Allenfalls sei ein Arbeitsversuch im Rahmen eines geschützten Arbeitsplatzes in einem reduzierten Pensum möglich (act. IIA 143 S. 5 Ziff. 1.8).

3.1.4 Die Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), med. pract. J._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, stellte im Bericht vom 27. Juli 2016 fest, es könne von einem Endzustand ausgegangen werden. Mit einer iv-relevanten weiteren Verbesserung sei nicht mehr zu rechnen. Hebetätigkeiten seien körpernah bis zu maximal 10 kg bis auf Brustniveau durchführbar, über Brustniveau seien nur noch Arbeiten unter 3 kg möglich. Zu vermeiden seien repetitive Trage- und Hebetätigkeiten, zudem sei Überkopfarbeit rechts nicht mehr möglich. Sechs Monate nach der Operation sei der Beschwerdeführerin eine angepasste leichte Tätigkeit unter Einhaltung dieses Zumutbarkeitsprofils wieder ganztags ohne Leistungsminderung zumutbar. Da aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit bestehe, sei eine rheumatologisch/psychiatrische Begutachtung notwendig (act. IIA 145 S. 2).

3.1.5 Im Bericht des Spitals G._____ vom 3. Januar 2017 wurde neu ein Status nach Arthroskopie mit Rekonstruktion der Supraspinatussehne, einer Tenotomie der langen Bizepssehne und einer subacromialen Dekompression vom 9. November 2016 an der linken Schulter bei einer Totalruptur der Supraspinatussehne mit Pulley-/Intervall-Läsion und Tendinopathie der langen Bizepssehne bei Buford-Komplex und Acromion Typ II nach Bigliani diagnostiziert. Bei bekanntem Nikotinabusus und schlechter Seh-

nenqualität sei bezüglich Beweglichkeit und Kraftentwicklung sechs Monate postoperativ mit einem protrahierten Verlauf zu rechnen. Vom 9. November 2016 bis zum 11. Februar 2017 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. IIA 167 S. 2).

3.1.6 Dem Bericht des Spitals F. _____ vom 18. Januar 2017 ist zu entnehmen, die bereits im Bericht vom 6. Juli 2016 (act. IIA 143) diagnostizierte rezidivierende depressive Störung werde als leicht bis mittelgradig qualifiziert. Im Verlauf habe sich zudem der starke Einfluss der schweren Traumatisierungen auf die Symptomatik der Beschwerdeführerin bestätigt. Es sei deshalb in Anpassung der Verdachtsdiagnose neu von einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) nach mehrfachem sexuellem Missbrauch in der Kindheit durch einen nahen Angehörigen (Z61.4) sowie häuslicher Gewalt durch den Ex-Ehemann und Totgeburt der ersten Tochter auszugehen. Auch die bereits zuvor aktenanamnestisch bekannte abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7) habe sich bestätigt (act. IIA 172 S. 2 Ziff. 3).

3.1.7 Gemäss Bericht vom 24. Februar 2017 des Spitals G. _____ liege dreieinhalb Monate nach der Operation an der linken Schulter eine erstaunlich gute Schulterbeweglichkeit und Schmerzfreiheit vor. Auch der Kraftstatus der rekonstruierten Rotatorenmanschette zeige einen zeitgerechten Verlauf. Bis zum 1. Mai 2017 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Ab 2. Mai 2017 sei die Beschwerdeführerin 50% arbeitsfähig. Sie könne während 4.25 Stunden einer Tätigkeit ohne Heben von Lasten über 5 kg körperfern über dem Bauchnabelniveau, ohne repetitive Überkopfarbeiten, ohne das Besteigen von Leitern nachgehen, davon ausgenommen seien schlagende oder vibrierende Tätigkeiten (act. IIA 191.3 S. 2 f.).

3.1.8 Die Gutachter Dr. med. D. _____ und Dr. med. E. _____ stellen in der bidisziplinären Beurteilung der rheumatologischen und psychiatrischen Begutachtung vom 11. Mai 2017 fest, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei aus somatisch-rheumatologischer Sicht für berufliche Tätigkeiten, die belastender seien als derartige, die einer angepassten Verweistätigkeit entsprächen, nicht mehr zumutbar. Damit seien auch Einschränkungen für die von der Beschwerdeführerin früher im ... ausgeübten Tätigkeit ausgewiesen, wobei es diesbezüglich zu berücksichtigen gelte,

dass es auch in diesem Bereich Tätigkeiten gebe, die mit einer leichtgradig körperlich belastenden Arbeit einhergingen, wie zum Beispiel eine Tätigkeit in einer ... in einem ... oder einem Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht keine Einschränkung festgestellt werden, zumal diese Tätigkeiten idealerweise in reduziertem Tempo über den Tag verteilt geleistet werden könnten. In einer angepassten Tätigkeit könne deshalb keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden (act. IIA 191.2 S. 1). Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen bzw. in einer angepassten Tätigkeit bis Ende 2016 zu ca. 40% eingeschränkt gewesen. Seit Anfang 2017 liege die Einschränkung bei ca. 20%. Nach der bidisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologische Komponente als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente mitberücksichtige, könne hinsichtlich der bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeit, welche belastender sei als eine angepasste Verweistätigkeit, weitgehend auf die Einschätzung aus somatisch-rheumatologischer Sicht und für eine angepasste Verweistätigkeit vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht abgestützt werden. Berufliche Tätigkeiten, die belastender seien als diejenigen einer angepassten Verweistätigkeit, seien somatisch begründet nicht mehr zumutbar. Es werde dabei berücksichtigt, dass sich die somatischen und psychosomatisch-psychiatrischen Anteile an der Arbeitsunfähigkeit überdecken (act. IIA 191.2 S. 2).

3.1.8.1 Der rheumatologische Gutachter Dr. med. D. _____ diagnostizierte im Gutachten vom 11. Mai 2017 (act. IIA 191.1) mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem eine Periarthropathia humeroscapularis beidseits, radiologisch-pathologische Befunde der Wirbelsäule, diffuse idiopathische skelettale Hyperostose (Bewegungseinschränkungen der Brustwirbelsäule) und Coxarthrosen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei unter anderem ein chronisch generalisiertes Schmerzsyndrom (act. IIA 191.1 S. 10 f.). Insgesamt seien die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. Gemäss MEDAS-Gutachten vom 16. Dezember 2014 (act. II 92.1) seien für eine angepasste Verweistätigkeit keine anhaltenden Ein-

schränkungen der Arbeitsfähigkeit bestätigt worden. An dieser Einschätzung könne gestützt auf die Ergebnisse der aktuellen Begutachtung festgehalten werden, wobei aufgrund der seit dem MEDAS-Gutachten ausgewiesenen Periarthropathia humeroscapularis beidseits zusätzliche Einschränkungen bezüglich einer angepassten Verweistätigkeit resultieren würden. Der Gesundheitszustand habe sich seither jedoch nicht nur verschlechtert, sondern teilweise auch verbessert (act. IIA 191.1 S. 19). Im Zusammenhang mit den beiden Schulteroperationen vom 16. November 2015 und 9. November 2016 sei jeweils eine zeitlich limitierte vollständige Arbeitsunfähigkeit von maximal drei bis vier Monaten ausgewiesen (act. IIA 191.1 S. 20).

3.1.8.2 Dr. med. E. _____ diagnostizierte im Gutachten vom 11. Mai 2017 aus psychischer Sicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Störung bis Ende 2016. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien unter anderem seit Anfang 2017 eine rezidivierende depressive Störung (leichtgradige Episode), der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (gebessert) und akzentuierte Persönlichkeitszüge (act. IIA 192.1 S. 7). In den letzten Jahren habe sich eine Beruhigung der Situation eingestellt. Es sei möglich, dass der sexuelle Missbrauch, den die Beschwerdeführerin in der Kindheit und Jugend erlitten habe, eine posttraumatische Belastungsstörung ausgelöst habe. Im Laufe der Jahre habe sie sich jedoch davon lösen können. Die Symptomatik einer anhaltenden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung lasse sich nicht feststellen. Allerdings müsse die Beschwerdeführerin noch heute sogenannte Triggersituationen meiden. In den letzten Jahren habe sich zudem die Schmerzsymptomatik deutlich verstärkt und schränke die Beschwerdeführerin subjektiv massgeblich ein. Da bereits früh Schmerzen in diversen Körperteilen aufgetreten seien und sich diese somatisch nicht voll erklären liessen, müsse von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden. Allerdings zeige die Beschwerdeführerin nicht das Vollbild einer solchen Störung, insbesondere seien die Schmerzen im Ausmass von körperlichen Belastungen und nicht in erster Linie von emotionalen Konflikten abhängig. Die Schmerzen seien auch nicht ständig quälend. Als typische Symptome könnten die Fixation auf die Schmerzen sowie die hypochondrischen Be-

fürchtungen angesehen werden. Eine Persönlichkeitsstörung könne nicht diagnostiziert werden. Die Beschwerdeführerin zeige gewisse unsichere und teilweise abhängige Verhaltensweisen. Diese Persönlichkeitseigenart sei ausgeprägter gewesen, als die Beschwerdeführerin noch in ihrer unglücklichen Ehe gesteckt habe. Später habe sie sich teilweise von diesen Verhaltensauffälligkeiten zu lösen vermocht. Heute liessen sich noch akzentuierte Persönlichkeitszüge nachweisen (act. IIA 192.1 S. 9). Die Beschwerdeführerin sei in den bisherigen Tätigkeiten bzw. in einer angepassten Tätigkeit bis Ende 2016 zu ca. 40% eingeschränkt gewesen. Seit anfangs 2017 liege die Einschränkung bei ca. 20% (AB 192.1 S. 16).

3.1.9 Im Bericht des Spitals G._____, der gestützt auf eine Untersuchung vom 31. August 2017 verfasst wurde, stellte der behandelnde Arzt fest, die Beschwerden auf der linken Seite seien seit der letzten Konsultation im Mai 2017 unverändert geblieben. Bis dato arbeite die Beschwerdeführerin als ... in einem 50% Pensum (act. IIA 213 S. 2). Neun Monate postoperativ sei an der linken Schulter ein unveränderter Befund bei guter Beweglichkeit und suffizienter Kraft der rekonstruierten Rotatorenmanschette mit persistierenden Beschwerden, insbesondere im Bereich des AC-Gelenks, feststellbar (act. IIA 213 S. 3).

3.1.10 Die RAD-Ärztin med. pract. J._____ führte in der Aktenbeurteilung vom 4. September 2017 aus, auf das bidisziplinäre Gutachten vom 11. Mai 2017 (192.1, 191.1, 192.2 bzw. 191.2) könne abgestellt werden. Es lägen keine neuen Fakten vor, welche etwas an dem von den Gutachtern erstellten Zumutbarkeitsprofil ändern würden. Die bestehende Schulterproblematik und ihre Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien vom Rheumatologen ausreichend gewürdigt worden (act. II 209 S. 3).

3.1.11 Gemäss dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht des Spitals F._____ vom 20. Oktober 2017 (act. I 3) seien die von Dr. med. E._____ gestellten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar. Hinsichtlich der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung persistiere seit dem Behandlungsbeginn im November 2015 eine mittelschwere Episode. Bei ausgeprägter Schmerzproblematik, Müdigkeit, Erschöpfung und Antriebsminderung schaffe es die Beschwerdeführerin, täglich 15 Minuten ... zu laufen. Dies sowie die Tatsache, dass

sie lediglich bei Bedarf kurze Strecken mit dem Auto fahre, spreche nicht für eine aktive Tagesgestaltung, wie es im Gutachten dargestellt werde. Zudem sei vor Jahren eine Persönlichkeitsstörung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert worden. Eine Persönlichkeitsstörung bleibe per se bestehen, davon zeuge auch, dass die Beschwerdeführerin nach der Trennung von ihrem Ehemann bei ihrem Ex-Schwager eingezogen sei, obwohl sie ihn unterstützen müsse. Dies nicht, weil sie viele Ressourcen habe, sondern weil sie unsicher und unselbstständig sei und nicht alleine sein könne. Nach der Trennung bzw. Scheidung habe sich die Beschwerdeführerin von den abhängigen Verhaltensweisen somit nicht lösen können. Im Gutachten fehle zudem die Auseinandersetzung mit der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Es treffe nicht zu, dass die Beschwerdeführerin nie Retraumatisierungen erlebt habe. Sie habe schwere Traumatisierungen durch wiederholten sexuellen Missbrauch und Gewalt in der Kindheit durch einen nahen Angehörigen sowie Retraumatisierungen bis zum 40. Lebensjahr durch häusliche psychische und physische Gewalt sowie erzwungene Prostitution wie auch eine Totgeburt des ersten Kindes erlebt. In der Folge habe sich eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung entwickelt. Schliesslich leide sie seit Jahren an andauernden schweren Ganzkörperschmerzen. Seit der letzten Begutachtung habe sich diese Problematik nicht verbessert. Im Gegenteil habe die Schmerzproblematik im Bereich der Schultern aufgrund der Schulteroperationen zugenommen. Die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung seien erfüllt (act. I 3 S. 1 f.). Die Beschwerdeführerin sei in der beruflichen Tätigkeit im ... 100% eingeschränkt, wobei diese Tätigkeit unter anderem auch eine Triggersituation darstelle. In einer angepassten Tätigkeit sei sie zu ca. 70% eingeschränkt (act. I 3 S. 4).

3.1.12 In seiner im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Stellungnahme vom 15. Dezember 2017 führte der Gutachter Dr. med. E. _____ aus, eine rezidivierende depressive Störung zeige gemäss ICD-10 in der Regel ein schwankendes Ausmass an Stärke. Es sei deshalb sehr unwahrscheinlich, dass über eine so lange Zeit eine gleichbleibende mittelschwere Episode bestehen könne. Sodann sei im Bericht des Spitals F. _____ vom 18. Januar 2017 (act. IIA 172) ausgeführt worden, die depressive Störung sei leicht- bis mittelgradig ausgeprägt gewesen. An-

lässlich der Untersuchung im Mai 2017 sei die Symptomatik einer depressiven Episode nicht feststellbar gewesen, demzufolge also remittiert. Zudem hätten die Kriterien der ICD-10 betreffend einer Persönlichkeitsstörung anlässlich der Untersuchung nicht nachgewiesen werden können. Hinsichtlich der posttraumatischen Belastungsstörung sei darauf hinzuweisen, dass sich diese gemäss ICD-10 in der Regel nach mehreren Jahren zurückbilde. Die im Bericht des Spitals F. _____ vom 20. Oktober 2017 erwähnten Retraumatisierungen seien nicht geeignet, die Kriterien einer solchen Diagnose zu erfüllen. Insbesondere würden Hinweise für einzelne katastrophale Belastungen fehlen. In Bezug auf die somatoforme Schmerzstörung weist der Gutachter daraufhin, dass die Schmerzen nicht ständig quälend und im Ausmass von körperlichen Belastungen, nicht aber von emotionalen Konflikten, abhängig seien.

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

3.3 Mit der angefochtenen Verfügung vom 12. September 2017 (act. IIA 211) wird das Verfahren betreffend das – bei laufender Rente gestellte – Revisionsgesuch vom 12. November 2015 (act. IIA 113) abgeschlossen. Die Beschwerdegegnerin ist auf das Revisionsgesuch eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxismässig nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indessen müssen bei jeder Änderung des Rentenanspruchs die Revisionsvoraussetzungen erfüllt sein (vgl. E. 2.4.2 hiavor).

Zu prüfen ist, ob im Vergleichszeitraum seit Erlass der Verfügung vom 24. Februar 2015 (act. II 98) – welche sich massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 16. Dezember 2014 (act. II 92.1) stützt, worin in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50% aus psychischen Gründen festgestellt wurde (act. II 92.1 S. 21) – und der hier angefochtenen Verfügung vom 12. September 2017 (act. IIA 211) in den tatsächlichen Verhältnissen eine Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.2 hiavor). Ist ein Revisionsgrund ausgewiesen, ist der Rentenanspruch allseitig frei zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

3.4 Die Rentenerhöhungen für den Zeitraum von Februar bis Juni 2016 sowie ab Februar 2017 sind zu Recht unbestritten. Aus den medizinischen Unterlagen ergibt sich denn auch Folgendes:

Die Beschwerdeführerin hat nach Erlass der Verfügung vom 24. Februar 2015 (act. II 98) eine Rotatorenmanschettenruptur an der rechten Schulter erlitten und war daraufhin aufgrund des erfolgten operativen Rekonstruktionsversuchs vom 16. November 2015 spätestens ab diesem Zeitpunkt zu 100% arbeitsunfähig (act. IIA 131 S. 2, 191.1 S. 20). Die revisionsweise Rentenerhöhung ab Februar 2016 auf eine ganze Rente ist damit nicht zu beanstanden (vgl. E. 2.4.2 hiavor sowie Art. 88a Abs. 2 IVV).

Das Gleiche gilt für die Herabsetzung der ganzen Rente auf eine halbe Rente ab Juli 2016. Aufgrund des Heilungsverlaufs kann ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass das Zumutbarkeitsprofil, wie es im Bericht des Spitals G. _____ vom 20. Juli 2016 aufgrund einer letzten Kontrolle vom 19. Mai 2016 formuliert worden ist (act. IIA 144 S. 3 Ziff. 9), be-

reits ab April 2016 bestanden hat (vgl. Bericht der RAD-Ärztin med. pract. J. _____ vom 27. Juli 2016 [act. IIA 145] und rheumatologisches Gutachten vom 11. Mai 2017 [act. IIA 191.1 S. 20 f.) und damit eine Verbesserung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.2 hiervor). Diese war spätestens nach Ablauf von drei Monaten zu berücksichtigen (Art. 88a Abs. 1 IVV), sodass ab diesem Zeitpunkt wiederum die bisherige halbe Rente auszurichten war.

Sodann geht aus den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin aufgrund des operativen Eingriffs vom 9. November 2016 an der linken Schulter in Folge einer Totalruptur der Supraspinatussehne erneut zu 100% arbeitsunfähig war (act. IIA 167 S. 2, 191.3 S. 2 und 191.1 S. 20). Damit ist auch hier ein Revisionsgrund ausgewiesen und die Rentenerhöhung nach drei Monaten – ab Februar 2017 – auf eine ganze Rente zu Recht erfolgt (Art. 88a Abs. 2 IVV).

3.5 Näher zu prüfen ist die revisionsweise Herabsetzung der ganzen auf eine halbe Rente ab Juli 2017 resp. deren Aufhebung per Ende Oktober 2017.

Der rheumatologische Gutachter Dr. med. D. _____ hielt fest, nach der Operation an der linken Schulter vom 9. November 2016 habe eine zeitlich limitierte volle Arbeitsunfähigkeit von maximal drei bis vier Monaten und danach wiederum eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verrichtungsleistung bestanden (act. IIA 191.1 S. 20 f.). Damit ist ein Revisionsgrund erstellt und der Rentenanspruch in der Folge allseitig frei zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

3.6

3.6.1 In somatischer Hinsicht hat sich die Beschwerdegegnerin zu Recht massgeblich auf das Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 11. Mai 2017 (act. IIA 191.1) gestützt. Das Gutachten erfüllt die von der höchstgerichtlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Experti-

se gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), sodass darauf abzustellen ist. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen vom 2. Mai 2017 und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar begründet.

Die Einschätzungen der behandelnden Ärzte enthalten kein Indiz, das gegen die Zuverlässigkeit des Experten spricht. Der behandelnde Arzt des Spitals G._____ stellte im Bericht vom 24. Februar 2017 dreieinhalb Monate nach der Operation überraschenderweise eine erstaunlich gute Schulterbeweglichkeit fest. Der Kraftstatus der rekonstruierten Rotatorenmanschette zeige einen zeitgerechten Verlauf, sodass ab 2. Mai 2017 in einer angepassten Tätigkeit – auch unter Berücksichtigung der inoperablen Totalruptur rechts – von einer Arbeitsfähigkeit von 50% ausgegangen werden könne (act. IIA 191.3 S. 2). Das in diesem Bericht erstellte Zumutbarkeitsprofil (act. IIA 191.3 S. 3) wurde denn auch von Dr. med. D._____ – unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde (act. IIA 191.1 S. 16 f.) – im Wesentlichen bestätigt (act. IIA 191.1 S. 21 f.). Es ist denn auch nicht ersichtlich, inwieweit ein weiteres MRI zur Beurteilung erforderlich gewesen wäre (vgl. Beschwerde S. 4 und act. IIA 204 S. 1 f.).

Dr. med. D._____ setzt sich detailliert mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinander (act. IIA 191.1 S. 20) und begründet seine Einschätzung schlüssig. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb er zur Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit als Allgemeinmediziner und Rheumatologe fachlich ungenügend qualifiziert sein sollte (vgl. Beschwerde, S. 5).

3.6.2 Weiter ist davon auszugehen, dass sich der Zustand der linken Schulter seit der Begutachtung im Mai 2017 nicht massgeblich verändert und das vom Rheumatologen erstellte Zumutbarkeitsprofil weiterhin Gültigkeit hat, wie dies auch die RAD-Ärztin med. pract. J._____ aufgrund einer Aktenbeurteilung vom 4. September 2017 festgehalten hat (act. IIA 209 S. 3). Anlässlich der Untersuchung vom 31. August 2017 stellte der behandelnde Arzt des Spitals G._____ fest, neun Monate postoperativ

zeige sich an der linken Schulter ein unveränderter Befund bei guter Beweglichkeit und suffizienter Kraft der rekonstruierten Rotatorenmanschette mit persistierenden Beschwerden (act. IIA 213 S. 3). Die vom behandelnden Arzt im selben Bericht erwähnte Schmerzzunahme auf der rechten Seite aufgrund der Tätigkeit im ... in einem 50% Pensum (act. IIA 213 S. 2) widerspricht dieser Schlussfolgerung nicht; eine solche Tätigkeit entspricht nicht dem von Dr. med. D. _____ erstellten Zumutbarkeitsprofil.

Auf den im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht (act. I 6), worin aufgrund des Arthro-MRI der Schulter vom 28. November 2017 eine irreparable Re-Ruptur der Supraspinatussehne links mit fortgeschrittener Retraktion und vor allem kompletter fettiger Infiltration der Muskulatur beschrieben wird und der anlässlich der Untersuchung vom 1. Dezember 2017 und damit nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. September 2017 (act. IIA 211) erstellt worden ist, ist bereits aus zeitlichen Gründen nicht abzustellen (vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Dies gilt auch für die Berichte über ein schulterchirurgisches Konsilium vom 24. Januar 2018 (act. III) – dies umso mehr, als die beiden Berichte keine Rückschlüsse auf die Verhältnisse im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung zulassen.

Somit ist somatisch auf das von Dr. D. _____ formulierte Zumutbarkeitsprofil abzustellen, womit spätestens vier Monate nach der Operation vom 9. November 2016 von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen ist.

3.7 In psychischer Hinsicht stützt sich die Beschwerdegegnerin auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 11. Mai 2017 (act. IIA 192.1); auch dieses genügt den höchstrichterlichen Anforderungen und überzeugt (vgl. E. 3.2 hiervor). Unter Berücksichtigung der Vorakten und der eigenen Abklärungen kommt der Gutachter zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin seit Anfang 2017 eine leichtgradige depressive Episode vorliege und sie in ihrer Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht im Umfang von 20% eingeschränkt sei (act. IIA 192.1 S. 14 und 16). Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar begründet.

Hinsichtlich der depressiven Störung überzeugt die Einschätzung des Gutachters schon deshalb, als auch die behandelnden Ärzte des Spitals F. _____ im Bericht vom 18. Januar 2017 die rezidivierende depressive Störung – im Gegensatz zum Bericht vom 6. Juli 2016 (act. IIA 143 S. 2 Ziff. 1.1) – nur noch als leicht- bis mittelgradig qualifizierten (act. IIA 172 S. 2 Ziff. 3). Weiter ändert nichts, dass der Gutachter im Unterschied zu den behandelnden Ärzten weder eine posttraumatische Belastungsstörung noch eine Persönlichkeitsstörung diagnostizierte. Insbesondere im Hinblick auf die Persönlichkeitsstörung, welche im MEDAS-Gutachten vom 16. Dezember 2014 (act. II 92.1) diagnostiziert worden ist und zu einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führte, bleibt darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin nach Erstellung dieses Gutachtens erstmals eine adäquate Therapie in Anspruch genommen hat (act. IIA 192.1 S. 8). Vor diesem Hintergrund überzeugt die Schlussfolgerung – entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 7) –, dass zwar gewisse unsichere und teilweise abhängige Verhaltensweisen bestünden, diese Persönlichkeitsart während der Ehe mit ihrem Ex-Ehemann jedoch ausgeprägter gewesen sei, weshalb im Begutachtungszeitpunkt keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden könne (act. IIA 192.1 S. 9). So ist die Beschwerdeführerin denn auch in der Lage, rege familiäre und soziale Kontakte zu pflegen und zeigt ein relativ ausgeglichenes und hohes Aktivitätsniveau (act. IIA 192.1 S. 11). Weiter legt Dr. med. E. _____ überzeugend dar, dass sich die Beschwerdeführerin von der diagnostizierten Belastungsstörung lösen können und sich diese nicht mehr auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, zumal eine solche Störung bereits im Zeitpunkt der letzten Begutachtung durch die MEDAS-Gutachterinnen nicht mehr diagnostiziert wurde (act. II 92.1 S. 20). Schliesslich vermag allein eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.8 Damit ist gestützt auf die Gutachten von Dr. med. E. _____ und Dr. med. D. _____ vom 11. Mai 2017 (act. IIA 192.1 und 191.1) überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass spätestens seit März 2017 nur noch eine gesundheitlich bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20% in einer angepassten Tätigkeit vorliegt; weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Mit Blick auf den noch durchzuführenden Einkommensvergleich (vgl. E. 4 hiernach) kann sodann offen bleiben, ob die von Dr. med. E. _____ gestellten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit überhaupt auf einen invalidisierenden Gesundheitsschaden zurückgehen. Es bedarf deshalb auch keiner Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.3 S. 417).

4.

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der ab März 2017 erstellten revisionsrechtlich relevanten Verbesserung der medizinischen Situation.

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

4.1.1 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 Tabel-

lenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlöhnung 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).

4.1.2 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 Lohnstrukturerhebungen (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 pflichtgemäsem 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).

4.1.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs bzw. im Zeitpunkt der Rentenrevision massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Ände-

rungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222; BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300).

4.2 Sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen sind vorliegend anhand der Tabellenlöhne der LSE 2014 festzusetzen. Das Valideneinkommen der Beschwerdeführerin, welche über eine abgeschlossene Ausbildung als ... verfügt, beläuft sich auf Fr. 53'015.-- (Fr. 4'127.-- \cdot 40 x 42.4 [LSE 2014, Tabelle TA1, Frauen, Ziff. 55 – 56, Kompetenzniveau 2; BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, 55 – 56, Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie, 2014]). Das Invalideneinkommen ist unter Berücksichtigung einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.8 hiavor) festzusetzen. Aufgrund der erheblichen Einschränkungen entsprechend dem von Dr. med. D. _____ und Dr. med. E. _____ festgelegten Zumutbarkeitsprofil ist ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug von 10% angemessen (vgl. E. 4.1.2 hiavor). Damit beläuft sich das Invalideneinkommen auf Fr. 37'655.-- (Fr. 4'300.-- \cdot 40 x 41.7 [LSE 2014, Tabelle TA1, Frauen, Total, Kompetenzniveau 1; BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total, 2014] –20% [Einschränkung der Arbeitsfähigkeit] –10% [leidensbedingter Abzug]). Der IV-Grad beläuft sich damit bei einer Einkommenseinbusse von Fr. 15'360.-- auf 29%, was durch die Indexierung von Validen- und Invalideneinkommen nicht massgebend verändert wird. Folglich resultiert spätestens seit März 2017 kein rentenbegründender IV-Grad mehr, was grundsätzlich nach drei Monaten – das heisst ab Juli 2017 – zur Aufhebung der halben Rente führen würde (Art. 88a Abs. 1 IVV). Die Beschwerdegegnerin hat indessen zu Recht erkannt, dass die im Zeitpunkt des Revisionsgesuchs vom 12. November 2015 (act. IIA 113) laufende halbe Rente in Anwendung von Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV erst vom ersten Tag des zweiten auf die Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufgehoben werden kann. Somit hat die Beschwerdegegnerin die laufende halbe Rente ab Februar 2017 zu Recht auf eine ganze erhöht, ab Juli 2017 auf eine halbe herabgesetzt und schliesslich per Ende Oktober 2017 aufgehoben.

4.3

4.3.1 Grundsätzlich ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können jedoch ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung der Leistungsfähigkeit entgegenstehen. In Fällen, in welchen die versicherte Person das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat, muss sich die Verwaltung vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür – ausnahmsweise – im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen vorausgesetzt ist (SVR 2011 IV Nr. 73 S. 222 E. 3.1 und 3.3).

4.3.2 Die Beschwerdeführerin hat im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 12. September 2017 (act. IIA 211) seit über 15 Jahren eine Rente bezogen (act. II 2.1 S. 104 und act. II 21. S. 5 – 7). Es ist deshalb zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin vor der Rentenaufhebung Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen hat.

Die Beschwerdeführerin war seit April 2007 in einer leidensangepassten Tätigkeit zumindest 50% arbeitsfähig, hat ihre Restarbeitsfähigkeit in den letzten 10 Jahren jedoch kaum verwertet. Erst während der letzten Rentenrevision hat die Beschwerdeführerin wieder eine Tätigkeit als ... in einem 50% Pensum aufgenommen (act. IIA 213 S. 2). Damit hat die Beschwerdeführerin bewiesen, dass sie auch nach einer langen Rentenbezugszeit durchaus in der Lage ist, ihre Leistungsfähigkeit zu verwerten. Zwar ist ihr die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar, jedoch jede andere Hilfstätigkeit, die dem von Dr. med. D. _____ erstellten Zumutbarkeitsprofil entspricht.

Weiter ist nicht ersichtlich, inwieweit eine vorgängige berufliche Qualifizierung überhaupt erforderlich sein soll, um eine entsprechende Hilfstätigkeit auszuüben. Vorliegend erscheint lediglich eine Hilfeleistung in Form von Arbeitsvermittlung (Art. 18 IVG) nötig, was jedoch der Rentenaufhebung ohne vorgängige Eingliederungsmassnahmen nicht entgegensteht (SVR 2010 IV Nr. 9 S. 29 E. 2.3.1). Damit ist die Rentenaufhebung ohne

vorgängige Durchführung von Eingliederungsmassnahmen zulässig. Gegenteiliges macht auch die Beschwerdeführerin nicht geltend. Zudem hat die Beschwerdegegnerin in der Zwischenzeit bereits berufliche Massnahmen nach Rentenaufhebung eingeleitet (vgl. Protokoll per 10. November 2017, S. 4).

5.

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin die laufende halbe Invalidenrente zu Recht von Februar bis Juni 2016 und von Februar bis Juni 2017 auf eine ganze erhöht und schliesslich per Ende Oktober 2017 aufgehoben. Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 12. September 2017 (act. IIA 211) ist abzuweisen.

6.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. prozessleitende Verfügung vom 16. Januar 2018) wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

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

6.3 Es bleibt das amtliche Honorar von Rechtsanwalt B._____ festzusetzen.

Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der kantonalen Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Die Kostennote von Rechtsanwalt B._____ vom 10. April 2018 über den Betrag von Fr. 3'773.85 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) ist nicht zu beanstanden. Entsprechend dem geltend gemachten Aufwand von 12.5 Stunden wird das amtliche Honorar auf Fr. 2'500.-- (12.5 Stunden à Fr. 200.--), zuzüglich Auslagen von Fr. 121.10.-- und Fr. 208.20 Mehrwertsteuer (8% von Fr. 2'133.-- [für Honorar und Auslagen bis Dezember 2017], 7.7% von Fr. 487.70 [für Honorar und Auslagen ab Januar 2018]), somit insgesamt auf Fr. 2'829.30 festgesetzt und Rechtsanwalt B._____ aus der Gerichtskasse vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen

Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 3'773.85 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'829.30 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.