

200 18 73 IV
SCI/JAP/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. März 2018

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. Dezember 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1984 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 12. Juni 2012 unter Hinweis auf ein Unfallereignis bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II] 8). Diese edierte die Akten der C._____ (act. II 13.1, 36.1; Akten der IVB [act. IIA] 42.1-42.7) und stellte nach gewährter Berufswahlabklärung (act. IIA 44) sowie durchgeführter arbeitsmarktlicher-medizinischer Abklärung (AMA; act. IIA 59, 68) mit Vorbescheid vom 25. August 2015 (act. IIA 77) für die Zeit vom 1. Dezember 2012 bis 30. November 2014 eine befristete ganze Rente in Aussicht. Damit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden (act. IIA 80, 85), worauf die IVB eine medizinische Begutachtung anordnete (act. IIA 91, 69) und nach gerichtlicher Bestätigung (Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 23. Mai 2016, IV/2016/179 [act. IIA 100]) in Auftrag gab (act. IIA 101). Gestützt auf das entsprechende Gutachten (act. IIA 111.1, 114) erliess sie einen im Ergebnis unveränderten Vorbescheid vom 13. Juni 2017 (act. IIA 115), welchen sie auf Einwand hin (act. IIA 118) durch einen solchen vom 13. September 2017 (act. IIA 120) ersetzte, der zusätzlich vom 1. Dezember 2014 bis 31. Juli 2015 eine Dreiviertelsrente vorsah. Nachdem die Versicherte hiergegen ebenfalls Einwand erhoben hatte (act. IIA 121) sprach die IVB am 22. Dezember 2017 (act. IIA 126) entsprechend dem Vorbescheid (act. IIA 120) ab dem 1. Dezember 2012 eine ganze Rente (Invaliditätsgrad 100 %) bzw. vom 1. Dezember 2014 bis zum 31. Juli 2015 eine Dreiviertelsrente (Invaliditätsgrad 60 %) zu und verneinte für die Zeit danach einen Rentenanspruch (Invaliditätsgrad 36 %).

B.

Mit Eingabe vom 25. Januar 2018 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei dahingehend kostenfällig abzuändern, als ihr ab 1. August 2015 mindestens eine Dreiviertelsrente zuzusprechen sei. Eventualiter

sei über den Rentenanspruch nach Einholung eines orthopädischen Gerichtsgutachtens neu zu befinden; subeventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In der Beschwerdeantwort vom 15. Februar 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 22. Dezember 2017 (act. IIA 126), mit welcher ab dem 1. Dezember 2012 eine ganze Rente und ab dem 1. Dezember 2014 bis zum 31. Juli 2015 eine befristete Dreiviertelrente zugesprochen wurde. Soweit sich das Hauptbegehren der

Beschwerdeführerin auf die Phase ab dem 1. August 2015 bezieht, in der mindestens eine Dreiviertelsrente beantragt wird (Beschwerde S. 2 Ziff. I), werden dadurch die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten nicht von der richterlichen Prüfung ausgenommen, denn in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein einziges Rechtsverhältnis vor (vgl. BGE 125 V 413). Streitig und zu prüfen ist vorliegend folglich der Anspruch auf eine Invalidenrente, unter Einschluss der vom 1. Dezember 2012 bis zum 31. Juli 2015 abgestuft zugesprochenen Rente.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Be-

fundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Es ist 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 (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. November 2017, 8C_130/2017 [zur Publikation vorgesehen] E. 7, BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGer 8C_130/2017, E. 7.2 [zur Publikation vorgesehen]).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den In-

validitätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349). Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind diese für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

2.5 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 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Die Beschwerdeführerin erlitt bei einem Sturz auf einer Eisfläche am 26. Dezember 2011 (act. II 13.1/11 Ziff. 6, 13.1/42 Ziff. 1) einen Knochenbruch des oberen Sprunggelenks (OSG) links (Malleolarfraktur Typ Weber B mit Ausriss eines Volkmann-Dreiecks), der gleichentags im Spital D._____ operativ versorgt wurde (Open Reduction and Internal Fixation [ORIF] mit Osteosynthese der Fibula; act. II 3/14 f.). Wegen einer sekun-

dären Instabilität erfolgte am 4. Januar 2012 eine Re-Osteosynthese mit Naht der vorderen Syndesmose sowie Einbringen einer Stellschraube fibulotibial (act. II 3/11-13), die am 6. März 2012 wieder entfernt wurde (act. II 3/6 f.).

3.1.2 Im weiteren Verlauf entwickelte sich ein CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) bzw. ein Verdacht hierauf sowie eine Knochennekrose im Bereich des Schienbeins (act. II 3/1, 13.1/101, 13.1/107, 13.1/122, 21/2, 25/9, 27/5, 27/9, 36.1/122). Zudem wurde die Beschwerdeführerin durch die Metallplatte am Wadenbeinknochen gestört, so dass am 4. Februar 2013 das Osteosynthesematerial entfernt (OSME) sowie die Tibia-Nekrose ausgeräumt und der Defekt mit Beckenkammpongiosa gefüllt wurde (act. II 27/1, 27/4, 27/11). Vom 28. Mai bis 25. Juni 2013 war die Beschwerdeführerin zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik E._____ hospitalisiert (act. II 33/3-5), wobei sich kein durchgreifender Erfolg bezüglich der Schmerzsituation einstellte. Die im ambulanten Therapiesetting behandelnden Dres. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie G._____, Fachärztin für Anästhesiologie, attestierten der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit eine seit dem Unfallereignis andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. II 30/2 Ziff. 1.6, 31/1 Ziff. 5, 33/1 Ziff. 5).

3.1.3 Gestützt auf eine Untersuchung vom 3. Oktober 2013 gelangte die Kreisärztin der C._____ Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, im gleichentags verfassten Bericht (act. II 36.1/295-306) zur Erkenntnis, dass ein Wiedereinstieg in die gelernten Berufe mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht mehr zumutbar sei. Sie formulierte gleichzeitig ein provisorisches Zumutbarkeitsprofil für leidensadaptierte Tätigkeiten (sitzende Arbeit mit genügend Beinfreiheit) mit einem anfänglichen Tagespensum von zwei Stunden, welches bis zirka Mitte 2014 vergrössert werden könne.

Im Rahmen einer weiteren kreisärztlichen Untersuchung vom 6. August 2014 stellte Dr. med. H._____ eine unwesentlich veränderte Situation fest. Sie erklärte, die subjektiven Schmerzen würden eher verstärkt angegeben und die Belastbarkeit des linken Fusses sei unverändert schlecht, so dass die Beschwerdeführerin auf zwei Gehstöcke, ausser Haus sogar auf

einen Rollstuhl, angewiesen sei. Die Behandlung bei Dr. med. F. _____ sei abgeschlossen, jene bei Dr. med. G. _____ werde weitergeführt. Trotz schlechtem Zustand des linken Fusses mit CRPS müsse leider davon ausgegangen werden, dass weitere Behandlungen nicht mit Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung brächten. Eine leidensadaptierte Tätigkeit (Arbeiten mit häufigem Positionswechsel und einer ununterbrochenen Sitzdauer von maximal einer Stunde, ohne Zwangspositionen des linken Fusses sowie einer Höchstgrenze von 15kg für das einmalige Tragen von Lasten) sei ganztags zumutbar, wobei aufgrund der häufigen Pausen fraglos eine Leistungseinbusse bestehe (act. IIA 46).

Am 27. August 2014 präzisierte die Kreisärztin der C. _____ das entsprechende medizinische Zumutbarkeitsprofil für eine vollschichtige Verweisungstätigkeit dahingehend, dass die Sitzdauer verteilt über den ganzen Tag insgesamt vier Stunden nicht überschreiten sollte (act. IIA 49/2). Zur Umsetzung dieses Profils empfahl sie am 22. Oktober 2014 alternierend jeweils eine Stunde sitzend zu arbeiten bzw. überwiegend liegend zu pausieren (act. IIA 97/17).

3.1.4 Am 22. Januar 2015 kritisierte Dr. med. G. _____ das von Dr. med. H. _____ festgelegte Zumutbarkeitsprofil. Die Schmerzen würden sich sowohl in sitzender wie in stehender Position verstärken und die Beschwerdeführerin könne ohne Stockentlastung weder über längere Zeit stehen noch gehen. Aufgrund der Schmerzsituation und der medikamentös bedingten kognitiven Einschränkungen glaube sie nicht, dass ihre Patientin im empfohlenen Muster (eine Stunde arbeiten, eine Stunde Pause) über vier Stunden durchhalten könne (act. IIA 55/2 f.).

3.1.5 Nach der vom 2. bis 29. März 2015 durchgeführten AMA (act. IIA 68) unterbreitete die Beschwerdegegnerin die Akten dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD). In der entsprechenden Stellungnahme vom 13. Mai 2015 (act. IIA 73) erachtete Dr. med. I. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die angestammte Tätigkeit als nicht mehr zumutbar, während sie für eine leidensangepasste Beschäftigung (wechselbelastende, vorwiegend sitzende Arbeit) eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit einer 20%igen Leistungseinschränkung (wegen des erhöhten Pausenbedarfs) attestierte.

3.1.6 In Kenntnis des Berichts des Spitals J. _____ vom 23. Juli 2015 (act. IIA 76/2-12) über eine durchgeführte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL), in welchem unter anderem eine erhebliche Symptomausweitung und Inkonsistenzen beschrieben wurden, hielt Dr. med. H. _____ am 20. August 2015 an dem von ihr formulierten Zumutbarkeitsprofil fest (act. IIA 84).

3.1.7 Auf Empfehlung von Dr. med. I. _____ (act. IIA 90) und nach gerichtlicher Bestätigung des Vorgehens (VGE IV/2016/179 [act. IIA 100]) holte die Beschwerdegegnerin ein bidisziplinäres Gutachten der K. _____ (MEDAS) ein. In der entsprechenden Expertise vom 15. Mai 2017 (act. IIA 111.1) vermerkten die Dres. med. L. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die folgenden Diagnosen (act. IIA 111.1/26 f. Ziff. 5):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronische Fuss-, Bein- und Beckenbeschwerden links (ICD-10: T93.2, M79.60, M79.65, Z98.8)
 - anamnestisch Status nach arthroskopischer Meniskusoperation zirka im Jahr 2006
 - Status nach lateraler Malleolarfraktur Typ Weber B, Ausriss des Volkmann-Dreiecks und Läsion des Ligamentum deltoideum am 26. Dezember 2011
 - Status nach offener Reposition und Plattenosteosynthese der Fibula am 26. Dezember 2011
 - bei der Untersuchung mittels Bildwandlers am 3. Januar 2012 lateraler Shift des Talus, Dislokation im Frakturbereich sowie Instabilität zwischen Fibula und Tibia
 - Status nach Re-Osteosynthese der Fibula, Naht der vorderen Syndesmose und Einbringen einer fibulotibialen Stellschraube am 6. März 2012
 - Status nach Entfernung der Stellschraube am 6. März 2012
 - Status nach OSME, Ausräumung einer nekroseverdächtigen Veränderung der distalen posterioren Tibia und Füllung des Defekts mit Spongiosa vom linken vorderen Beckenkamm am 4. Februar 2013
 - im Verlauf Auftreten eines CRPS
 - Status nach Reduktion des Fuss Schmerzes von 30 % nach diagnostischer lumbaler Sympathikolyse am 18. März 2013
 - Status nach Implantation epiduraler Testelektroden auf Höhe der Brustwirbelkörper (BWK) 9 und 11 mit externer Stimulationsbatterie am 27. Januar 2014
 - im postoperativen Verlauf Beschwerdezunahme und Schmerzausbreitung bis zur thorakalen Wirbelsäule
 - Status nach Entfernung der Elektroden am 6. Februar 2014

- radiologisch bis auf unklare Veränderung im Bereich des Os naviculare regelrechter Befund im Fussbereich (Röntgen vom 29. März 2017)
- klinisch im Seitenvergleich etwas dunkleres Hautkolorit, leichtgradige Temperaturminderung und verminderte Dorsalextension des OSG, jedoch keine klaren Zeichen eines CRPS

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54)
- Störung durch Opiatanalgetika, ständiger Gebrauch (ICD-10: F11.25)
- Chronische Beschwerden an lumbaler Wirbelsäule sowie linksseitigem Beckenbereich (ICD-10: M54.5, M79.65)
 - Status nach Entnahme von Spongiosa am linken vorderen Beckenkamm am 4. Februar 2013
 - radiologisch Diskushernie zwischen Lendenwirbelkörper (LWK) 5 und Sakralwirbelkörper (SWK) 1 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel S1 links und ansonsten keine relevante Veränderung an der Lendenwirbelsäule (LWS) und Iliosakralgelenken (ISG; MRI vom 16. Dezember 2015 und Röntgen vom 29. März 2017)
 - anamnestisch mässiges Ansprechen auf Infiltration interlaminär LWK5/SWK1 links am 18. Dezember 2015, 25. Mai 2016 sowie 14. Dezember 2016
 - freie und schmerzlose Beweglichkeit der lumbalen Wirbelsäule und Hüftgelenke
- Anamnestisch Status nach arthroskopischem Schultereingriff rechts zirka im Jahr 2006 (ICD-10: Z98.8)

Die Gutachter gelangten zusammenfassend zum Schluss, dass aus orthopädischer Sicht aufgrund der objektivierbaren Befunde eine deutlich verminderte Belastbarkeit der linken unteren Extremität festzustellen sei, während aus psychiatrischer Sicht die Schmerzverarbeitungsstörung gemäss Indikatorenprüfung ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bleibe. Seit Dezember 2011 bestehe sowohl für die angestammte Tätigkeit als auch für jede andere körperlich mittelschwere und schwere Beschäftigung sowie für Arbeiten mit wiederholtem Stehen und Gehen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für gut adaptierte Verweisungstätigkeiten (körperlich leichte, überwiegend sitzende, wechselbelastende Arbeiten mit einem Hebelimit von 10kg, ohne Überwinden von Treppen, Gehen auf unebenem Grund sowie Kauern oder Knien) attestierten sie nach intermittierend ganz aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab August 2014 eine mindestens 50%ige bzw. ab Mai 2015 (mit Sicherheit ab März 2017) eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, vollschichtig umsetzbar mit erhöhtem Pausenbedarf (act. IIA 111.1/27 f. Ziff. 6).

Auf Rückfrage der Verwaltung (act. IIA 112) hielten die Dres. med. L. _____ und M. _____ am 29. Mai 2017 (act. IIA 114) unter anderem fest, die ab Mai 2015 bescheinigte 80%ige Arbeitsfähigkeit könne als relativ sicher qualifiziert werden, wogegen der Zeitpunkt vom August 2014 hinsichtlich der 80%igen Arbeitsfähigkeit bloss als möglich bis wahrscheinlich einzustufen sei.

3.2 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

3.3 Die angefochtene Verfügung vom 22. Dezember 2017 (act. IIA 126) basiert in medizinischer Hinsicht auf der bidisziplinären Expertise vom 15. Mai 2017 (act. IIA 111.1) samt Ergänzung vom 29. Mai 2017 (act. IIA 114). Die gutachterliche Beurteilung erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt, was die Situation ab dem Zeitpunkt der Begutachtung vom 29. März 2017 (act. IIA 111.1/2) anbelangt (vgl. zur retrospektiven Beurteilung E. 3.6 hiernach), vollen Beweis, weshalb sich weitere medizinische Sachverhaltserhebungen – insbesondere in Form des eventualiter beantragten orthopädischen Gerichtsgutachtens (Beschwerde S. 2 Ziff. I) – erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung [BGE

122 V 157 E. 1d S. 162]). Die Dres. med. L._____ und M._____ stützten sich auf die wesentlichen Vorakten und die Erkenntnisse aus den klinischen Explorationen sowie den bildgebenden und labortechnischen Zusatzabklärungen (act. IIA 111.1/20 Ziff. 4.2.3 f.). Ihre fachärztlichen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und überzeugend begründet.

3.4 Was den psychiatrischen Teil der Expertise anbelangt, werden die gutachterlichen Feststellungen von Dr. med. M._____ zu Recht nicht bestritten. Der psychiatrische Gutachter ging in Bezug auf den Substanzgebrauch von einer iatrogen (d.h. durch die medizinische Massnahme) entstandenen Störung aus (act. IIA 111.1/12 Ziff. 3.3). Die Heilmittel Targin und Oxycodon waren ursprünglich offensichtlich wegen dem somatischen Gesundheitsschaden verordnet worden. Ob unter diesen Umständen von einer primären (wie vom Gutachter angenommen) oder sekundären Problematik (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2016 IV Nr. 3 S. 7 E. 2.2.1) auszugehen ist, kann hier letztlich offen bleiben, denn einerseits liegt diesbezüglich (noch) kein irreversibler Gesundheitsschaden vor und wäre ein Entzug grundsätzlich zumutbar, andererseits bewirkt der Konsum der Opiatanalgetika mit der allenfalls auftretenden verstärkten Müdigkeit aus medizinischer Optik keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. IIA 111.1/13 Ziff. 3.4, 111.1/14 f. Ziff. 3.10.1 und 3.10.3). So ist die Beschwerdeführerin nach wie vor im Stande, einen Personenwagen zu lenken (act. IIA 111.1/11 Ziff. 3.1.2, 111.1/12 Ziff. 3.3) und haben die behandelnden Ärzte bis heute keinen Anlass gesehen, der Beschwerdeführerin diesbezüglich Beschränkungen zu verordnen, dementsprechend muss sie über die hierzu erforderlichen kognitive Fähigkeiten verfügen (gegenteiliges wurde denn auch anlässlich der Begutachtung nicht festgestellt), womit sich auch eine Meldung im Sinne von Art. 66c IVG (vgl. dazu BVR 2017 S. 527) derzeit erübrigt.

Sodann sieht die Beschwerdeführerin keinen Bedarf für eine psychiatrische Behandlung, sie ist nach eigenen Angaben nicht depressiv, lebt in einer guten mehrjährigen Beziehung, übt Freizeitaktivitäten aus (... , ... , ...) und pflegt gute Kontakte in ihrem Umfeld (act. IIA 111.1/10 f. Ziff. 3.1.2, 111.1/12 Ziff. 3.2, 111.1/15 Ziff. 3.10.4, 111.1/17 Ziff. 4.1). Vor diesem Hintergrund ist einleuchtend, dass auf medizinischer Ebene keine relevante

Psychopathologie mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit postuliert wurde, womit sich aus rechtlicher Sicht eine Indikatorenprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens von vornherein erübrigt (vgl. E. 2.2 hiavor; BGer 8C_130/2017, E. 7.1, 8C_841/2016, E. 4.5.3). Die Beschwerde richtet sich denn auch einzig gegen die orthopädische Beurteilung von Dr. med. L._____ (Beschwerde S. 4 Art. 2).

3.5

3.5.1 Entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 5 Ziff. III Art. 2) ist die gutachterliche Diagnosestellung keineswegs widersprüchlich. Wenn Dr. med. L._____ sowohl bei den Gesundheitsschäden mit (act. IIA 111.1/20 Ziff. 4.3 lit. a Lemma 1) als auch bei jenen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. IIA 111.1/21 Ziff. 4.3 lit. b Ziff. 1) auf die Beckenbeschwerden hinwies, so ist dies nachvollziehbar. Denn die Explorandin schilderte die entsprechenden Symptome im Zusammenhang mit verschiedenen Ursachen. Zum einen im Kontext der Fuss- und Beinbeschwerden und der damit zusammenhängenden Spongiosaplastik, zum anderen im Zusammenhang mit einer Wirbelsäulenproblematik (act. IIA 111.1/17 f. Ziff. 4.2.1, 111.1/22 Ziff. 4.4). In diesem Sinne ist die doppelte Erwähnung keineswegs unerklärlich. Mit ihrer Argumentation, wonach das Gutachten im Zusammenhang mit den Beckenbeschwerden unlösbare Widersprüche aufweise (Beschwerde S. 5 f. Ziff. III Art. 2), verkennt die Beschwerdeführerin schliesslich, dass die schmerzlose Beweglichkeit der Hüftgelenke als Ergebnis der Testung durch den Gutachter auch im Rahmen von Kontrolluntersuchung und unter Ablenkung eine Feststellung ist, die mit Schmerzangaben keineswegs kontrastiert. Letzteres ist die Dokumentation der subjektiven Angaben (act. IIA 111.1/18 Ziff. 4.2.1), wogegen ersteres den objektiven medizinischen Befund darstellt (act. IIA 111.1/22 Ziff. 4.4).

3.5.2 Soweit die Beschwerdeführerin weitere bildgebende Abklärungen verlangt (Beschwerde S. 4 f. Ziff. III Art.2), ist ihr ebenfalls nicht zu folgen. Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern, was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft, ein weiter Ermessensspielraum zu (Entscheid des BGer vom 30. Januar 2015, 8C_277/2014, E. 5.2). Röntgenaufnahmen müssen dabei auf das notwendige Mass beschränkt werden, Vor-

aufnahmen oder zeitnah gefertigte Röntgenbilder werden für die Beurteilung mit herangezogen und nach Möglichkeit nicht wiederholt (KUNO WEISE, Praktische Durchführung der Gutachtenerstellung, in WEISE/SCHILTENWOLF [Hrsg.], Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, 2. Aufl. 2014, S. 15). Dem orthopädischen Gutachter lagen die bisherigen Berichte über die früheren Abklärungen vor und er ordnete zusätzliche konventionelle Röntgenaufnahmen des OSG und der LWS an, die zeitnah zum Gutachten am 29. März 2017 erfolgten (act. IIA 111.1/20 Ziff. 4.2.3). Es bestehen keine Anhaltspunkte, dass die entsprechenden Befundberichte mangelhaft sein könnten und weitere Untersuchungen zur klinischen Diagnostik bzw. zur fachgerechten Beurteilung der funktionellen Auswirkungen angezeigt gewesen wären. Die Beschwerdeführerin hat denn auch keine Berichte der behandelnden Ärzte eingereicht, welche weitere Erkenntnisse aus der geforderten Bildgebung von Becken und Knien nahelegen würden. Allein die subjektiv geltend gemachten Schmerzen genügen jedenfalls auch im Rahmen einer Begutachtung nicht als medizinische Indikation für radiologische Zusatzabklärungen, zumal die Explorandin nicht ohne Not einer damit einhergehenden Strahlenbelastung ausgesetzt werden soll (vgl. WISMÜLLER/SCHMID/PFEIFER, Risiken einzelner radiologischer Untersuchungsverfahren, in: LEINSINGER/HAHN [Hrsg.], Indikationen zur bildgebenden Diagnostik, 2001, S. 25 ff.). Der Vorwurf, es sei gutachterlich eine bildgebende Diagnostik «pflichtwidrig unterlassen» worden (Beschwerde S. 4 Ziff. III Art. 2), ist unbegründet.

3.5.3 Weiter moniert die Beschwerdeführerin, im Gutachten fehle eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem von der C. _____ als invalidisierend eingestuften CRPS. Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen der gutachterlichen Einschätzung und der Beurteilung der C. _____, welche den Rentenentscheid in Würdigung der gleichen medizinischen Akten gefällt habe (Beschwerde S. 6 Ziff. III Art. 2). Dass die C. _____ im Zweig der obligatorischen Unfallversicherung unter Annahme einer Restarbeitsfähigkeit von vier Stunden täglich mit Verfügung vom 18. November 2015 (act. IIA 89) eine Rente zugesprochen hat, ohne je umfassende medizinische Abklärungen veranlasst zu haben, ist im vorliegenden Verfahren unmassgeblich. Das angerufene Verwaltungsgericht hat bereits im Zwischenverfahren betreffend Anordnung der bidisziplinären Begutach-

tung hinlänglich aufgezeigt, dass die verschiedenen kreisärztlichen Einschätzungen widersprüchlich sind, wobei – entgegen der sinngemässen Auffassung der Beschwerdeführerin – bereits damals auch ärztliche Berichte der C. _____ vorlagen, in welchen eine ganztägige Präsenz für leichte Arbeit postuliert wurde (act. IIA 46/15; VGE IV/2016/179 E. 3.4). Weil die gesamte medizinische Aktenlage, wie sie sich bis anfangs 2016 präsentierte, somatisch nicht rechtsgenügend abgeklärt war (VGE IV/2016/179 E. 3.5), vermag die Beschwerdeführerin aus dem Umstand nichts zu ihren Gunsten abzuleiten, dass PD (nunmehr Prof.) Dr. med. N. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, im Bericht vom 14. August 2012 (act. II 36.1/40 f.) an der Diagnose eines CRPS nicht zweifelte und eine verhaltene Prognose stellte (Beschwerde S. 6 Ziff. III Art. 2). Dies gilt umso mehr, als im besagten Konsiliarbericht gleichzeitig erklärt wurde, hinsichtlich des CRPS fehle im MRI das Korrelat (act. II 36.1/41), was – nebst ebenfalls fehlenden radiologischen oder szintigrafischen Befunden – die Diagnose hätte stützen können (vgl. CHRISTOPH J.G. LANG, Peripheres Nervensystem, in: HANS DÖRFLER et al. [Hrsg.], Medizinische Gutachten, 2. Aufl. 2015, S. 402). Dr. med. L. _____ wies denn auch auf verschiedene frühere Einschätzungen hin, die bereits auf eine geringe oder gar fehlende Objektivierbarkeit hingedeutet haben (act. IIA 111.1/23-25 Ziff. 4.8). Die massive Beschwerdeausweitung vermochte er mit einem CRPS nicht (mehr) in Übereinstimmung zu bringen. Dabei bezog er auch die bereits anlässlich früherer Abklärungen festgestellten Inkonsistenzen mit ein und relativierte die angeblich nach kürzester Zeit auftretenden Probleme mit Verweis auch auf die eigenen Untersuchungsergebnisse nachvollziehbar. Wenn er nach seiner Befunderhebung dem von der Beschwerdeführerin selbst in den Vordergrund gestellten CRPS die von ihr gewünschte überragende Bedeutung nicht beimaß, überzeugt dies.

3.5.4 Nicht ersichtlich ist, inwiefern über das von Dr. med. L. _____ formulierte Zumutbarkeitsprofil Unklarheit herrschen soll (Beschwerde S. 7 Ziff. III Art. 2). Die spezifischen Anforderungen an eine leidensadaptierte Erwerbstätigkeit wurden im Gutachten differenziert und hinreichend genau umrissen (körperlich leichte, überwiegend sitzende, wechselbelastende Arbeiten mit einem Hebelimit von 10kg, ohne Überwinden von Treppen,

Gehen auf unebenem Grund sowie Kauern oder Knien [act. IIA 111.1/27 Ziff. 6]). Die medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit wurde nicht nur in qualitativer, sondern auch in quantitativer Hinsicht deutlich festgelegt. Dabei ergibt sich sehr wohl, dass der erhöhte Pausenbedarf bei der angenommenen Arbeitsfähigkeit von 80 % bereits enthalten und nicht zusätzlich abzuziehen ist (Beschwerde S. 7 Ziff. III Art. 2). Aus bidisziplinärer Sicht erklärten die Dres. med. L. _____ und M. _____, das Pensum könne vollschichtig mit erhöhtem Pausenbedarf umgesetzt werden (act. IIA 111.1/28 Ziff. 6), woraus ohne weiteres erhellt, dass sich die 80 % auf das zumutbare Rendement bei voller Präsenzzeit bezieht. Diese Schlussfolgerung stimmt denn auch mit dem orthopädischen Teil der Expertise überein, wo Dr. med. L. _____ eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs attestierte (act. IIA 111.1/23 Ziff. 4.5).

3.6 Nach dem Dargelegten kann auf die bidisziplinäre Beurteilung der Dres. med. L. _____ und M. _____ spätestens ab dem Explorationszeitpunkt vom 29. März 2017 vollumfänglich abgestellt werden. Was die retrospektive Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit durch die Gutachter (act. IIA 111.1/23 Ziff. 4.6, 111.1/28 Ziff. 6, 114/1) betrifft, verbleiben jedoch beweisrechtlich entscheidende Unsicherheiten, die Auswirkungen auf die Festlegung der massgeblichen Revisionszeitpunkte bei rückwirkender Rentenzusprechung haben (vgl. E. 2.4 hiervor). Wie das angerufene Gericht im Zwischenverfahren betreffend Anordnung der bidisziplinären Begutachtung erwogen hat, lagen vor der Begutachtung widersprüchliche Beurteilungen vor und genügte die medizinische Aktenlage nicht um über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu befinden (VGE IV/2016/179 E. 3.4). Im Ergebnis bestätigten die Gutachter nur die Schlussfolgerungen der RAD-Ärztin Dr. med. I. _____ vom 13. Mai 2015 (act. IIA 73), die sich ihrerseits teilweise an den früheren Einschätzungen der Kreisärztin der C. _____ Dr. med. H. _____ orientierte (act. IIA 46, 49), jedoch nicht auf eigenen Untersuchungen beruhte. Anders als von den Dres. med. L. _____ und M. _____ aus medizinischer Sicht postuliert (act. IIA 114), kann dieser Aktenbericht vom 13. Mai 2015 (act. IIA 73) rechtlich keine hinreichende Grundlage zur Annahme einer relevanten Gesundheitsverbesserung (vgl. Art. 17 ATSG; E. 2.4 hiervor) bilden. Zwar bestehen

Anzeichen dafür, dass die Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit an sich bereits vor der entsprechenden RAD-Stellungnahme im gutachterlich geschätzten Ausmass erreicht war. Da jedoch ab dem Unfallereignis vom 26. Dezember 2011 (act. II 13.1/11 Ziff. 4) medizinisch unbestritten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit bestanden hat und die gebotene umfassende Befunderhebung zur hinreichenden Festlegung der inzwischen eingetretenen Verbesserung erst mit der Begutachtung erfolgte, lässt sich die effektive frühere Situation und der Verlauf der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit auch durch weitere Beweismassnahmen nicht mehr abschliessend beurteilen. Mit anderen Worten ist einerseits zwar die initiale 100%ige Arbeitsunfähigkeit erstellt, andererseits lassen sich Revisionszeitpunkte (vgl. Art. 17 ATSG) vor der Begutachtung nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht festmachen, weshalb eine diesbezügliche Beweislosigkeit besteht. Zuzufolge der Verteilung der objektiven Beweislast (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 222; SVR 2017 UV Nr. 17 S. 58 E. 2.2) ist (zu Gunsten der Beschwerdeführerin) erst ab März 2017 definitiv eine 80%ige Arbeitsfähigkeit erstellt, wie sie die Dres. med. L. _____ und M. _____ gestützt auf die in jenem Zeitpunkt erfolgte Begutachtung «mit Sicherheit» bescheinigten (act. IIA 111.1/28 Ziff. 6). Zu prüfen bleiben damit die erwerblichen Auswirkungen dieser medizinischen Ausgangslage.

4.

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

4.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde

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

4.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

5.

5.1 Die Beschwerdeführerin meldete sich am 12. Juni 2012 zum Leistungsbezug an (act. II 8/6 Ziff. 11), nachdem sie am 26. Dezember 2011 den Sturz mit konsekutiver vollständiger Arbeitsunfähigkeit erlitten hatte (act. II 13.1/11 Ziff. 4). Der frühestmögliche Rentenbeginn fällt demnach auf Dezember 2012 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG [Wartezeit] bzw. Art. 29 Abs. 1 IVG [Karenzfrist]).

5.2 Grundsätzlich ist für die beiden Phasen mit unterschiedlicher Arbeitsfähigkeit eine separate Invaliditätsbemessung vorzunehmen, aufgrund der ab Dezember 2012 anzunehmenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (vgl. E. 3.6 hiavor) ergibt sich dabei ohne weiteres ein zu einer ganzen Rente berechtigender Invaliditätsgrad von 100 % (vgl. E. 2.3 hiavor). Für die Zeit ab März 2017, in welcher die gutachterliche geschätzte Restarbeitsfähigkeit von 80 % gilt (vgl. E. 3.6 hiavor), ist hingegen ein Einkommensvergleich durchzuführen.

5.3 Die Beschwerdeführerin hatte zunächst eine Berufslehre als ... mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ; heute: ... EFZ) abgeschlossen und danach einen Berufsabschluss als ... EFZ erlangt (act. II 5/2, 6/4 f., 8/4 Ziff. 5.3). Vor dem Unfallereignis vom 26. Dezember 2011 arbeitete sie als ... im von ... betriebenen Einzelunternehmen, in welchem sie bereits die entsprechende Berufslehre absolviert hatte (act. II 8/4 Ziff. 5.4, 13.1/114, 14/3, 15). Sie machte widersprüchliche Angaben dazu, was sie im hypothetischen Gesundheitsfall arbeiten würde. Einerseits soll sie ... bereits vor dem Unfall den Entscheid mitgeteilt haben, früher oder später wieder in ihren Beruf als ... zurückzukehren. Es sei zwar vorgesehen gewesen, dass sie das Geschäft ... übernehme, die entsprechende Tätigkeit liege ihr aber nicht (act. II 13.1/114, 25/6). Andererseits machte sie anlässlich der Begutachtung allein geltend, sie hätte das Geschäft ... übernommen (act. IIA 111.1/10 Ziff. 3.1.2). Die Beschwerdegegnerin stellte für das Valideneinkommen auf das Einkommen ab, welches die Beschwerdeführerin im ursprünglich erlernten Beruf als ... erzielen würde (act. IIA 126/5). Dieses Vorgehen der Verwaltung ist angesichts der Beweismaxime, wonach die sog. spontanen «Aussagen der ersten Stunde» in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbe-

wusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a S. 47, 115 V 133 E. 8c S. 143; SVR 2016 UV Nr. 44 S. 147 E. 3.5), nicht zu beanstanden und wirkt sich im Übrigen allein zu Gunsten der Beschwerdeführerin aus. Der anhand der LSE errechnete hypothetische Verdienst (act. IIA 125/5) ist schliesslich auch höher, als jedes von der Beschwerdeführerin je erzielte Einkommen (act. II 141/2), insbesondere auch höher als der im ... Betrieb ab dem Jahr 2012 vereinbarte Lohn (act. II 15/3 Ziff. 2.10). Aufindexiert auf das hier massgebende Jahr 2016 (entsprechende statistische Werte für das Jahr 2017 fehlen noch) resultiert ein Bruttojahresverdienst von Fr. 68'115.-- (Fr. 5'272.-- [LSE 2014, Tabelle TA1, Frauen, Wirtschaftszweige Ziff. 45-46, Kompetenzniveau 3] x 12 Monate / 40 Wochenarbeitsstunden x 42.3 Wochenarbeitsstunden [Betriebsübliche Arbeitszeit {BUA} 2016, Wirtschaftszweig Ziff. 45] / 104.8 x 106.7 [Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, Wirtschaftszweig Ziff. 45-47, Index 2014 bzw. 2016]).

5.4 Für das Invalideneinkommen stützte sich die Beschwerdegegnerin ebenfalls auf die LSE, wobei sie den Totalwert des Kompetenzniveaus 1 heranzog. Die Beschwerdeführerin erlernte in den zwei abgeschlossenen Ausbildungen umfangreiche Fertigkeiten, welche sie – wie auch die durchgeführte AMA bestätigte (act. IIA 68/4 ff. Ziff. 5) – ohne weiteres in anderen Berufsfeldern nutzbringend einsetzen kann. Vor diesem Hintergrund ist fraglich, ob nicht vielmehr auf den Totalwert des Kompetenzniveaus 2 abzustellen wäre, was sich im Ergebnis jedoch nicht auswirken würde und deshalb offen bleiben kann. So oder anders ergibt sich für das Jahr 2017 ein Invalideneinkommen von mindestens Fr. 43'616.-- (Fr. 4'300.-- [LSE 2014, Tabelle TA1, Frauen, Total, Kompetenzniveau 1] x 12 Monate / 40 Wochenarbeitsstunden x 41.7 Wochenarbeitsstunden [BUA 2016, Total] / 103.6 x 105.0 [Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, Total, Index 2014 bzw. 2016] x 80 % Restarbeitsfähigkeit). Ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.3 hiervor) ist nicht gerechtfertigt. Den leidensbedingten Einschränkungen wurde bereits auf medizinischer Ebene insoweit Nachachtung verschafft, als eine Leistungsreduktion von 20 % angenommen wurde (act. IIA 111.1/27 f. Ziff. 6). Da der Beschwerdeführerin ab März 2017 eine ganztägige Präsenz bei lediglich leistungsmässiger Einschränkung zumutbar ist, besteht auch keine Grundlage für einen Abzug wegen

Teilzeitarbeit (Entscheid des BGer vom 27. April 2015, 8C_7/2015, E. 5.2.3; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 130 E. 9.2). Wie soeben aufgezeigt, bestehen bei Anwendung des Kompetenzniveaus 1 der LSE überdies erhebliche erwerbliche Ressourcen. Weil schliesslich sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Tabellenlöhne zu ermittelt sind, müssen die invaliditätsfremden Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie) ausser Betracht fallen, da sie bei beiden Vergleichseinkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5).

5.5 Während ab Dezember 2012 ein Invaliditätsgrad von 100 % besteht (vgl. E. 5.2 hiervor), resultiert ab März 2017 aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen ein aufgerundeter (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) und rentenausschliessender (vgl. E. 2.3 hiervor) Invaliditätsgrad von 36 % ($[\text{Fr. } 68'115.-- \text{ / Fr. } 43'616.--] / \text{Fr. } 68'115.-- \times 100$). Wenn gleichzeitig rückwirkend erstmals eine Invalidenrente zugesprochen und eine Abstufung oder Befristung angeordnet wird, richten sich Übergang oder Befristung einzig nach Art. 88a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Art. 30-31 N. 109). Da seit dem Zeitpunkt der Exploration im März 2017 Klarheit über die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit besteht und damit die Phase der Beweislosigkeit endet, ist die mit Wirkung ab Dezember 2012 laufende ganze Invalidenrente in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 erster Satz IVV per Ende März 2017 aufzuheben. In diesem Sinne ist die angefochtene Verfügung vom 22. Dezember 2017 (act. IIA 126) in teilweiser Gutheissung der Beschwerde abzuändern.

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.

Eine Aufteilung der Verfahrenskosten nach Massgabe des – an den Parteienanträgen gemessenen – bloss teilweisen Obsiegens ist nicht vorzunehmen (Beschluss der erweiterten Abteilungskonferenz vom 13. Oktober 2009), womit die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten, bestimmt auf Fr. 800.--, zu bezahlen hat (Art. 108 Abs. 1 des Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstaten.

6.2 Nach der Rechtsprechung hat die beschwerdeführende Partei bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1). Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat. Bei Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente darf die Parteientschädigung daher nicht allein deswegen reduziert werden, weil der Beschwerde führenden Person nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407; SVR 2016 IV Nr. 12 S. 38 E. 5). Es besteht grundsätzlich kein Anlass zu einer anderen Betrachtungsweise, wenn statt einer unbefristeten oder länger dauernden Rente ein befristeter Anspruch oder ein solcher für eine kürzere als die beantragte Dauer zugesprochen wird. Ebenso wie die Höhe des Anspruches betrifft dessen zeitliche Dimension das Quantitative (SVR 2016 IV Nr. 12 S. 38 E. 5; Entscheid des BGer vom 16. November 2010, 9C_580/2010, E. 4.1).

In der Kostennote vom 26. Februar 2018 hat Rechtsanwältin B. _____ ein Honorar von Fr. 3'062.50, Auslagen von Fr. 159.60 und die Mehrwertsteuer von Fr. 248.10, insgesamt Fr. 3'470.20, geltend gemacht, was nicht zu beanstanden ist. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 3'470.20 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 22. Dezember 2017 insoweit abgeändert, als der Beschwerdeführerin von 1. Dezember 2012 bis 31. März 2017 eine ganze Invalidenrente zugesprochen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'470.20 (inkl. Auslagen und MWSt.) zu bezahlen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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