

200 19 75 IV
KNB/BOC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 29. Juli 2019

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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



betreffend Verfügung vom 27. Dezember 2018

Sachverhalt:

A.

Die 1962 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 10. April 2008 erstmals unter Hinweis auf starke Schmerzen unter Belastung/Bewegung sowie diverse Behandlungen der linken Schulter bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2). In der Folge gewährte die IVB am 20. Mai 2008 Frühinterventionsmassnahmen in Form von Eingliederungsberatung (AB 9) und klärte den Leistungsanspruch ab (AB 10 - 20, 26 f., 38.1 - 38.10). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verneinte die IVB mit Verfügung vom 17. Oktober 2012 den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (AB 39, 45). Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Am 23. September 2014 meldete sich die Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an und hielt fest, sie könne nicht mehr ohne Hilfsmittel gehen (AB 46). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und holte die Akten der zuständigen Krankentaggeldversicherung, der B. _____ AG, ein (AB 53, 58.1 - 58.4, 65 f., 73, 85, 92.1 - 92.4). Am 27. April bzw. 28. Mai 2015 schloss die IVB die beruflichen Eingliederungsmassnahmen ab, da solche gesundheitsbedingt zurzeit nicht möglich seien (AB 74 - 77). Weiter holte die IVB eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (AB 94) und liess einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb erstellen (Bericht vom 16. August 2016 [AB 110]). Darin wurde bei einem Status von 65 % Erwerb und 35 % Haushalt ein Invaliditätsgrad von 0 % ermittelt.

Im weiteren Verlauf liess die IVB die Versicherte durch die MEDAS C. _____ (MEDAS) psychiatrisch-orthopädisch begutachten (Expertise vom 26. September 2017 [AB 142.1]) und liess einen weiteren Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb erstellen (Bericht vom 28. März 2018 [AB 147]).

Die Abklärungen ergaben bei einem Status von 100 % Erwerb bis Ende April 2016 einen Invaliditätsgrad von 100 % bzw. ab Mai 2016 einen solchen von 4 %. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren sprach die IVB der Versicherten mit Verfügung vom 27. Dezember 2018 vom 1. März 2015 bis 31. Juli 2016 eine ganze Rente zu; ab dem 1. August 2016 verneinte sie einen Rentenanspruch (AB 149 f., 153, 155, 157).

C.

Dagegen erhob die Versicherte am 29. Januar 2019 Beschwerde. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung vom 27. Dezember 2018 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr, soweit rechtens, eine Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Verfügung vom 27. Dezember 2018 aufzuheben und über die gesetzlichen Ansprüche neu zu befinden. Zudem seien die aktuell behandelnden Ärzte um eine neutrale Einschätzung zu bitten.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Februar 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträ-

gen 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 Angefochten ist die Verfügung vom 27. Dezember 2018 (AB 157), mit welcher vom 1. März 2015 bis 31. Juli 2016 eine befristete ganze Invalidenrente zugesprochen wurde. Die Beschwerdeführerin beanstandet sinngemäss die Rentenbefristung. In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen 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 der Rentenspruch der Beschwerdeführerin umfassend 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 Die Beschwerdeführerin rügt, vor der Bestimmung der MEDAS als Gutachterstelle sei kein Einigungsversuch vorgenommen worden, was aber bei mono- und bidisziplinären Gutachten zu erfolgen habe. Die Beschwerdegegnerin habe ohne expliziten Hinweis auf diese Möglichkeit die Begut-

achtung durch die MEDAS beschlossen, womit sie die Mitwirkungsrechte der Beschwerdeführerin verletzt habe, was einen gravierenden Mangel darstelle, der nicht geheilt werden könne. Hätte sie von der Möglichkeit gewusst, hätte sie davon Gebrauch gemacht und entsprechende Alternativen vorgeschlagen.

2.2 Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG).

2.3 Die IV-Stelle teilt der versicherten Person in einem ersten Schritt mit, dass eine Expertise eingeholt werden soll; zugleich gibt sie ihr die Art der vorgesehenen Begutachtung (poly- oder mono- bzw. bidisziplinär) sowie die vorgesehenen Fachdisziplinen und Gutachterfragen bekannt. In diesem Stadium kann die versicherte Person erst einmal (nicht personenbezogene) materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich oder gegen Art oder Umfang der Begutachtung vorbringen (Beispiele: unnötige second opinion; unzutreffende Wahl der medizinischen Disziplinen). Ausserdem hat sie Anspruch, sich zu den Gutachterfragen zu äussern (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 275, 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258). In einem zweiten Verfahrensschritt teilt die IV-Stelle der versicherten Person die durch SuisseMED@P zugeteilte Gutachterstelle (bzw. bei mono- und bidisziplinären Expertisen die von ihr ausgewählten Gutachter) und die Namen der Sachverständigen mit jeweiligem Facharztstitel mit. Mit der Bezeichnung der Sachverständigen kommt die Möglichkeit (materieller oder formeller) personenbezogener Einwendungen hinzu (BGE 140 V 507 E. 3.1 S. 510, 139 V 349 E. 5.2.2.2 S. 355, 138 V 271 E. 1.1 S. 274, 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 257).

2.4 Bei mono- und bidisziplinären Begutachtungen ist im Falle aller zulässigen Einwendungen konsensorientiert vorzugehen. Erst wenn eine Einigung ausbleibt, ergeht eine (einheitliche) Zwischenverfügung über die Beweisvorkehr an sich (Notwendigkeit einer Begutachtung, Beschränkung auf eine oder zwei Fachdisziplinen, Bezeichnung der Disziplinen) und die Person der Gutachter (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.3 S. 356).

Weicht die IV-Stelle vom zufallsbasierten MEDAS-Zuweisungssystem ab, in dem sie von einer MEDAS eine bi- oder gar bloss monodisziplinäre Expertise einholen will, so hat sie in einem solchen Ausnahmefall zwingend einen Einigungsversuch einzuleiten. Scheitert dieser, ist darüber zu verfügen (BGE 139 V 349 E. 5.4 S. 357).

2.5 Gestützt auf den auch für Private geltenden Grundsatz von Treu und Glauben und das Verbot des Rechtsmissbrauchs (Art. 5 Abs. 3 der Bundesverfassung [BV; SR 101]) sind verfahrensrechtliche Einwendungen so früh wie möglich, das heisst nach Kenntnisnahme eines Mangels bei erster Gelegenheit, vorzubringen. Es verstösst gegen Treu und Glauben, Mängel dieser Art erst in einem späteren Verfahrensstadium oder sogar erst in einem nachfolgenden Verfahren geltend zu machen, wenn der Einwand schon vorher hätte festgestellt und gerügt werden können. Wer sich auf das Verfahren einlässt, ohne einen Verfahrensmangel bei erster Gelegenheit vorzubringen, verwirkt in der Regel den Anspruch auf spätere Anrufung der vermeintlich verletzten Verfahrensvorschrift (BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69).

2.6 Der Beschwerdeführerin bzw. ihrem Ehemann wurde mit Schreiben vom 28. März 2018 (AB 134) mitgeteilt, dass eine medizinische Begutachtung durch die MEDAS in den Disziplinen Orthopädie und Psychiatrie durch Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vorgesehen sei; gleichzeitig wurden auch die Gutachterfragen mitgeteilt. Die Beschwerdeführerin wurde darauf hingewiesen, dass sie bis zum 10. April 2017 Zusatzfragen stellen und triftige Einwendungen gegen die Art der Begutachtung, die vorgesehenen Fachdisziplinen sowie die begutachtenden Personen schriftlich einreichen könne. Von dieser Möglichkeit hat sie keinen Gebrauch gemacht, vielmehr hat sie sich der bidisziplinären Begutachtung vorbehaltlos gestellt.

Beim MEDAS-Gutachten vom 26. September 2017 (AB 142.1) handelt es sich um eine bidisziplinäre Expertise einer MEDAS. Bei einem solchen Gutachten ist im Falle aller zulässigen Einwendungen zwingend konsensorientiert vorzugehen (vgl. E. 2.4 hiavor und SVR 2015 IV Nr. 3 S. 7 E. 4). Werden jedoch keine Einwendungen erhoben, wie dies vorliegend der Fall

war, besteht Konsens durch konkludentes Verhalten. Zudem verlangt die Rechtsprechung auch keinen expliziten Hinweis auf die Möglichkeit, andere Gutachter vorschlagen zu können (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 3. Dezember 2018, 9C_504/2018, E. 4.2). Die Rügen der Beschwerdeführerin erweisen sich damit als unbegründet (vgl. auch Rz. 2076.8 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI] des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV]; Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 7).

3.

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

3.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach

Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.3 Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollen- dung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1).

3.4 Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode (Art. 16 ATSG sowie Art. 28a Abs. 2 und 3 IVG).

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt –, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30).

3.5 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).

3.6

3.6.1 Wird ein Gesuch um Rentenrevision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

3.6.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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 Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad 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).

3.6.3 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 Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

3.6.4 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 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

3.6.5 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.7

3.7.1 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (vgl. E. 3.6.3 und 3.6.4 hiervoor) analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

3.7.2 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 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Entscheid des BGer vom 16. Juni 2009, 8C_87/2009, E. 2.2).

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

3.8 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.9 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).

4.

4.1 Da die Verwaltung auf die Neuanschuldung vom 23. September 2014 (AB 46) eingetreten ist, ist die Eintretensfrage nicht richterlich zu prüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Vorliegend ist zu klären, ob seit der leistungsablehnenden Verfügung vom 17. Oktober 2012 (AB 45) bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. Dezember 2018 (AB 157) eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 3.6.3 und 3.6.5 hiervor). Dies ist vorliegend zu bejahen, da die Beschwerdeführerin sich seit Oktober 2012 mehreren Operationen unterzogen hat (vgl. insbesondere AB 66/5, 80, 97/4) und sie die seit 1. Januar 2012 inne gehabte Anstellung

per 31. Dezember 2014 verloren hat (AB 65). Folglich hat eine allseitige Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen (vgl. E. 3.6.4 hiavor).

4.2 Der Status der Beschwerdeführerin (vgl. E. 3.4 hiavor) wurde im Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 16. August 2016 (AB 110) noch auf 65 % Erwerbstätigkeit und 35 % Haushalt festgelegt, wohingegen in demjenigen vom 28. März 2018 (AB 147) ein Status von 100 % Erwerbstätigkeit angenommen wurde. Dies kann vorliegend letztlich offen bleiben, denn selbst wenn – wie nachfolgend zu zeigen ist – zugunsten der Beschwerdeführerin von einem Status als voll Erwerbstätige ausgegangen wird, resultiert letztlich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

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

4.3.1 In der Stellungnahme vom 22. März 2016 (AB 94) führte der RAD-Arzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

- Status nach Knie-Totalprothese links und Tuberositasosteotomie bei fortgeschrittener Pangoarthrose links bei Status nach mehrfachen Voreingriffen und Osteotomien am 23. Juli 2015
- Beginnende Coxarthrose beidseits bei Status nach Hüftarthroskopie links am 4. Dezember 2013

Zu den funktionellen Einschränkungen gab der RAD-Arzt an, es bestehe eine verminderte Belastbarkeit von Knie und Hüfte beidseits. Die bisherige Tätigkeit als ... könne der Beschwerdeführerin nicht mehr zugemutet werden. Eine leichte bis gelegentlich mittelschwere wechselbelastende oder sitzende Tätigkeit könne der Beschwerdeführerin in einem ganztägigen Pensum mit einer maximalen Leistungsminderung von 10 - 15 % – wegen vermehrter Pausen – zugemutet werden. Gehen auf unebenem Gelände, repetitives Treppengehen und Besteigen von Leitern / Gerüsten sowie Tätigkeiten im Knien / in der Hocke könnten nicht zugemutet werden.

4.3.2 Im Austrittsbericht der Klinik G._____ vom 30. September 2016 (AB 121) im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung vom 18. Juli bis 30. September 2016 wurde die folgende Diagnose aufgeführt:

- F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

Die behandelnden Ärzte gaben an, Dalmodorm sei zunächst auf Psychopax in Tropfenform umgesetzt worden und dann sei ein Blindabbau durchgeführt worden, welcher problemlos funktioniert habe. Ab dem 15. September 2016 habe die Beschwerdeführerin kein Psychopax mehr erhalten. Das Analgetikum Zalidar sei auf Tramadol und Dafalgan umgesetzt worden. Zusätzlich habe die Beschwerdeführerin bezüglich ihrer Schmerzsymptomatik Neuraltherapie bei Dr.med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, mit gutem Erfolg erhalten. Auf Anraten von Dr. med. H._____ sei auch die Tramaldosis reduziert worden, diese habe aber nach kurzer Zeit wieder auf die Dosis bei Eintritt erhöht werden müssen, da sich die Schmerzsymptomatik nicht effektiv habe behandeln lassen. Zalidar habe sie bei Bedarf aus der Reserve erhalten. CipraleX, das die Beschwerdeführerin bereits vor ihrem Eintritt verordnet bekommen habe, habe sie nicht weiter einnehmen wollen, so dass das Medikament abgesetzt worden sei. Da sie nicht über eine ausgeprägte depressive Symptomatik geklagt habe, sei auf ihren Wunsch auch kein anderes Antidepressivum angesetzt worden. Die Beschwerdeführerin sei am 30. September 2016 in deutlich gebessertem Zustand und klar von Suizidalität distanziert entlassen worden. Vom 18. Juli bis 14. Oktober 2016 wurde eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

4.3.3 Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 16. Juni 2017 (AB 142.2/7 f.) die folgende (Haupt-)Diagnose auf:

- Knie totalprothesen-Instabilität links mit peripatellären Schmerzen und Beuge-defizit nach Primärimplantation 07/15 (Orthopädie Sonnenhof) bei multiplen Voroperationen

Dr. med. I._____ gab an, die Situation sei recht komplex und nicht einfach. Als Hauptproblem sehe er eine Knie totalprothesen-Instabilität in

Kombination mit patellären Problemen und Beugedefizit. Das Tragen einer Knieorthese sei sicher keine Dauerlösung. Aus diesem Grund habe er mit der Beschwerdeführerin ausführlich die Möglichkeit eines Inlay-Wechsels und Retropatellarersatzes zur Verbesserung der Situation wohlwissend der Risiken nach multiplen Voroperationen besprochen.

4.3.4 Im psychiatrisch-orthopädischen MEDAS-Gutachten vom 26. September 2017 (AB 142.1) führten die Experten die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf (AB 142.1/22 f.):

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0, 33.1)
2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
 - multilokuläres Schmerzsyndrom, an vielen Körperstellen ohne objektivierbares Korrelat (ICD-10 R52.9)
 - nicht adäquat wirkende Schmerz Wahrnehmung mit Symptomausweitung und Selbstlimitation
3. Knie totalprothese links seit 23. Juli 2015 (ICD-10 Z96.6)
 - Status nach schmerzhafter Pangoarthrose bei multiplen Voreingriffen (M17.3)
4. Chronische Schulterschmerzen beidseits (ICD-10 M79.61)
 - Status nach arthroskopischem Eingriff rechts 09/2013 (Z98.8)
 - Status nach mehreren arthroskopischen Eingriffen links ohne detaillierte Angaben (Z98.8)
5. Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom, anamnestisch ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.2)
 - moderate degenerative Veränderungen an der unteren Halswirbelsäule, akzentuiert in den Segmenten HWK5/6 und HWK6/7, klinisch und bildgebend ohne eindeutige Kompromittierung neuraler Strukturen (M47.82/M50.2)
6. Status nach Arthroskopie mit intraartikulärem Débridement Hüfte links 12/2013 (ICD-10 Z98.8)
 - beginnende degenerative Veränderungen (M16.0)

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter die Folgende an (AB 142.1/23):

- Opiatabhängigkeit (ICD-10 F11.25)

Die Gutachter hielten fest (AB 142.1/22 ff.), die Beschwerdeführerin könne sich aufgrund ihrer chronischen Beschwerden am gesamten Körper kaum

vorstellen, wieder in den Erwerbsprozess zurückzukehren. Sie wirke vollständig auf ihre medizinische Situation fixiert und scheine dabei die durchaus noch in nicht unerheblichem Ausmass vorhandenen körperlichen Ressourcen nicht richtig wahrzunehmen. Zumindest für körperlich adaptierte Tätigkeiten gemäss dem formulierten Belastungsprofil könne aus orthopädischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit begründet werden. Es sei wichtig, dass die Beschwerdeführerin so rasch wie möglich wieder physiologische Bewegungsabläufe erlerne. Verschiedene Beschwerden seien einem unspezifischen multikulären Schmerzsyndrom zuzuordnen. Bei der orthopädischen Untersuchung falle auf, dass entgegen den klinisch moderaten Befunden die subjektive Schmerzperzeption deutlich erhöht sei. Besonderen Ausdruck finde dies darin, dass die Beschwerdeführerin mit einer Knieorthose links erscheine und einem an der linken Hand geführten Gehstock, zur Entlastung des linken Beines. Obwohl die Flexion im linken Knie nicht befriedigend einzustufen sei, ergäben sich keine sonstigen Befunde, die einen therapieresistenten Dauerschmerz erklären könnten, ohne Hinweise auf ein akut-entzündliches Geschehen. Es bestehe bei der Beschwerdeführerin eine deutliche funktionelle Überlagerung. Hinsichtlich Belastungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit resultiere, dass körperlich schwere, mittelschwere und nicht adaptierte Tätigkeiten, auch mit längerem Gehen und Stehen ungeeignet seien, weshalb die Arbeit im ... als ungeeignet einzustufen sei, was die Beschwerdeführerin zuletzt durchgeführt habe. Leichte wechselbelastende Tätigkeiten, mehrheitlich im Sitzen, ohne Zwangshaltung der unteren Extremitäten und ohne Bewegungen der Arme oberhalb der Horizontalen seien quantitativ uneingeschränkt möglich. Aus psychiatrischer Sicht könne bei der Beschwerdeführerin auf affektiver Ebene eine leichte bis mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung festgestellt werden. Die somatisch nicht ausreichend erklärbaren Befunde für die subjektiv angegebenen Schmerzen und Limitierungen, bei nicht ursächlich vorliegender psychosozialer Belastungssituation, seien beschreibend einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zuzuordnen. Gemäss Prüfung der Indikatoren und der Inkonsistenzprüfung könne aufgrund der vorliegenden Befunde und Diagnosen aus psychiatrischer Sicht eine dauerhaft verminderte Belastungsfähigkeit bestätigt werden, dies im Sinne einer Leistungseinbusse von 20 %, bezogen auf ein

Vollzeitpensum. Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass bei der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit in schweren, mittelschweren, andauernd gehenden und stehenden und nicht adaptierten Tätigkeiten bestehe, was auf die zuletzt durchgeführte Arbeit im ... zutreffen dürfte, auch wenn kein konkretes Belastungsprofil vorliege. In körperlich leichten, adaptierten, teilweise sitzenden Tätigkeiten bestehe eine 80 %-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit leicht höherem Pausenbedarf und leicht reduziertem Rendement. Diese Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit habe möglicherweise ab Februar 2014 bestanden, sei definitiv ab Juli 2015 zu bestätigen. Ab Juli 2015 bis arbiträr April 2016 sei die Arbeitsfähigkeit dann ganz aufgehoben gewesen. Ab Mai 2016 könne die festgestellte Arbeitsfähigkeit über die Zeit gemittelt angenommen werden. Medizinische Massnahmen seien vorzuschlagen. Aus psychiatrischer Sicht sei einerseits eine antidepressive Therapie vorzuschlagen, andererseits sollte dringend ein Opiatentzug durchgeführt werden. Opiate seien nicht geeignet zur Behandlung einer somatoformen Störung beziehungsweise einer Schmerzverarbeitungsstörung. Auch aus orthopädischer Sicht seien medizinische Massnahmen vorzuschlagen. Diese sollten primär dazu dienen, die Beschwerdeführerin von der Orthese und dem Stock zu entwöhnen. Invasive Massnahmen sollten nur bei ganz eindeutiger und klarer Indikation durchgeführt werden. Bekanntlich sei eine Operation wenig geeignet zur Behandlung einer somatoformen Störung. Alle bisher durchgeführten Massnahmen seien durch die Beschwerdeführerin als nicht erfolgreich beschrieben worden, so auch die kürzlich durchgeführte stationäre Behandlung. Dementsprechend sollte man sich darauf konzentrieren, dass die Beschwerdeführerin – wie erwähnt – wieder physiologische Bewegungsabläufe erlerne, idealerweise durch ein physiotherapeutisches Coaching, dabei gehe es um das korrekte Gehen ohne Knieorthese und Gehstock, um wieder Vertrauen in den Körper zu gewinnen. Berufliche Massnahmen könnten bei der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung nicht vorgeschlagen werden.

5.

5.1 Das MEDAS-Gutachten vom 26. September 2017 (AB 142.1) erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.9 hiavor). Es ist voll beweiskräftig, da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet.

Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, ändert daran nichts. Soweit sie geltend macht (Beschwerde S. 1 f.), der orthopädische Gutachter Dr. med. D. _____ habe keine objektiven Befunde erhoben, einige Befunde hinsichtlich der Beweglichkeit hätten nur durch externe Gewaltanwendung durch den Gutachter bzw. durch dessen forcierte Bewegungen erzielt werden können, ist festzuhalten, dass gemäss MEDAS-Gutachten aus orthopädischer Sicht entgegen den klinisch moderaten Befunden die subjektive Schmerzperzeption deutlich erhöht ist. Hinsichtlich des linken Knies verwiesen die Gutachter zudem darauf, dass obwohl die Flexion im linken Knie nicht befriedigend einzustufen sei, sich keine sonstigen Befunde ergäben, die den geklagten therapieresistenten Dauerschmerz erklären könnten, ohne Hinweis auf eine akut-entzündliches Geschehen; es bestehe eine deutliche funktionelle Überlagerung (AB 142.1/23 f.). Mit Blick auf diese Ausführungen hatte die leichte bimanuelle Führung durch den Gutachter (AB 142.1/15 f. und 19) das Ziel, das Schonverhalten bzw. die Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin zu durchbrechen und in diesem Sinne einen objektiven Befund zu erheben. Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend (Beschwerde S. 2), die Ausführungen zur Knieproblematik im MEDAS-Gutachten stünden in klarem Widerspruch zum Bericht von Dr. med. I. _____ vom 16. Juni 2017 (AB 142.2/7 f.), welcher eine deutliche Instabilität und Beugefehlstellung bei deutlichem Prothesen-Schubladenphänomen festgehalten habe. Wie die Beschwerdegegnerin bereits in der angefochtenen Verfügung vom 27. Dezember 2018 (AB 157) festgehalten hat, wurde dieser Bericht vom orthopädischen Gutachter gewürdigt und auf die unterschiedliche Befunderhebung hingewiesen (AB 142.1/21). Sodann

bemängelt die Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 2) die fehlende Auseinandersetzung mit der durch den RAD attestierten Leistungseinschränkung von 10 - 15 % unter anderem aufgrund der objektivierbaren Pango- und Coxarthrose. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die RAD-Stellungnahme vom 22. März 2016 (AB 94) im Aktenverzeichnis des MEDAS-Gutachtens vom 26. September 2017 aufgeführt ist (AB 142.1/4) und folglich den Gutachtern vorlag. Zudem beruht die vom RAD attestierte maximale Leistungsminderung von 10 - 15 % nicht auf einer aktuellen Beurteilung (diese wurde am 22. März 2016 abgegeben; AB 94/4 f.) und der RAD hat die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht. Dem danach eingeholten MEDAS-Gutachten kommt aufgrund der vom orthopädischen Gutachter persönlich erhobenen klinischen Befunde somit höhere bzw. wie erwähnt volle Beweiskraft zu.

Auch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. E. _____ beanstandet die Beschwerdeführerin insoweit (Beschwerde S. 2 f.), als dort darauf abgestellt worden sei, dass die Therapieoptionen noch nicht ausgeschöpft seien, eine kontinuierliche antidepressive Therapie erforderlich sei und ein Opiatentzug vorgenommen werden müsse. Dem sei entgegenzuhalten, dass eine Reduktion der Tramaldosis bereits versucht worden sei, jedoch nicht zu einer Besserung der Symptome geführt habe. Insofern könne nicht von einem noch nicht ausgeschöpften Therapiespektrum ausgegangen werden. Die Therapieoptimierung habe somit keine Auswirkungen auf ihre Leistungsfähigkeit. Folglich sei die aus psychiatrischer Sicht attestierte Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % zu berücksichtigen, was zu einer deutlich höheren Einschränkung als dem anerkannten leidensbedingten Abzug von 10 % führe. Diesbezüglich ist unter Hinweis auf die Beschwerdeantwort (S. 4 Ziff. 12) festzuhalten, dass sich die Beschwerdeführerin gemäss Austrittsbericht der Klinik G. _____ vom 30. September 2016 (AB 117/10 ff.) weigerte, ein bereits vor Klinikeintritt verordnetes Antidepressivum weiter einzunehmen, auf ihren Wunsch wurde auch kein anderes Antidepressivum verordnet. Weiter wurde die Tramaldosis offenbar nur für kurze Zeit reduziert, von einem vollständigen Opiatentzug kann deshalb keine Rede sein. Mit Blick auf diese Ausführungen sind die Therapieoptionen nicht ausgeschöpft. Soweit die Beschwerdeführerin kritisiert (Beschwerde S. 3), dass die Gutachter die Arbeitsfähigkeit arbiträr

(AB 142.1/24) bzw. aus ihrer Sicht willkürlich festgelegt hätten, hält die Beschwerdegegnerin zutreffend fest (Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 14), dass die Gutachter das Wort „arbiträr“ vorliegend klar im Sinne von „nach Ermessen“ (vgl. www.duden.de) verwendet haben. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beinhaltet immer ein gewisses Mass an Ermessen, da die Medizin keine exakte Wissenschaft ist (vgl. bezüglich psychiatrischer Arbeitsunfähigkeitsschätzungen BGE 144 V 50 E. 4.3 S. 53). Zudem ist zu bemerken, dass die Gutachter das Wort „arbiträr“ nur im Zusammenhang mit der Beurteilung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit bzw. deren Ende verwendet haben und nicht – wie die Beschwerdeführerin meint – im Zusammenhang mit der vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit.

5.2 Nach dem Dargelegten ist auf das voll beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 26. September 2017 abzustellen (AB 142.1); Anhaltspunkte für eine allfällige (wesentliche) Veränderung bis zum massgeblichen Verfügungszeitpunkt bestehen nicht. Der Sachverhalt ist damit rechtsgenüchlich abgeklärt und es kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2) auf weitere Abklärungen verzichtet werden. Für seither geltend gemachte, bis anhin allerdings nicht dokumentierte Beschwerden, beispielsweise am bisher gesunden Knie, steht der Beschwerdeführerin die Einleitung des Neuanmeldungsverfahrens erneut zur Verfügung (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 5).

6.

6.1 Gemäss Entscheid des Bundesgerichts vom 6. Juni 2019, 8C_494/2018 (zur Publikation vorgesehen), E. 5.4, kommt die Rechtsprechung, wonach es bei der wiedererwägungs- oder revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei zurückgelegtem 55. Altersjahr oder mehr als fünfzehn Jahre dauerndem Rentenbezug grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen gilt (vgl. E. 6.2 hiernach), auch dann zur Anwendung, wenn – wie im vorliegenden Fall – zeitgleich mit der Rentenzusprache über deren Befristung und/oder

Abstufung befunden wird. Dabei hat das Bundesgericht offen gelassen, welches der für die Ermittlung des Eckwerts des 55. Altersjahres massgebliche Zeitpunkt sein soll, der Zeitpunkt der Verfügung selbst, derjenige der darin verfügten Rentenabstufung bzw. –aufhebung oder jener des Feststehens der entsprechenden medizinischen Zumutbarkeit. Hier war die Beschwerdeführerin (AB 2/1) im Zeitpunkt der Rentenbefristung (Ende Juli 2016) 53jährig, bei Vorliegen des MEDAS-Gutachtens am 26. September 2017 (AB 142.1) 55jährig sowie bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Dezember 2018 (AB 157) 56jährig. Mit Blick auf diese Sachlage ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit trotz fortgeschrittenem Alter auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten kann.

6.2 Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich ("vermutungsweise") anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren (BGer 8C_494/2018 [zur Publikation vorgesehen], E. 5.1).

6.3 Im Zusammenhang mit der allfälligen Gewährung von Eingliederungsmassnahmen ist zudem zu berücksichtigen, dass die subjektive Eingliederungsfähigkeit, die Eingliederungsbereitschaft, grundsätzlich eine Voraussetzung für Eingliederungsmassnahmen darstellt

(Entscheid des BGer vom 20. Februar 2014, 9C_474/2013, E. 6.3). Bei der Beschwerdeführerin liegt eine ausgeprägte subjektive Krankheits- und Behinderungsüberzeugung vor. Im MEDAS-Gutachten wurde diesbezüglich festgehalten (AB 142.1/22), die Beschwerdeführerin könne sich aufgrund ihrer chronischen Beschwerden am gesamten Körper kaum vorstellen, wieder in den Erwerbsprozess zurückzukehren. Sie wirke vollständig auf ihre medizinische Situation fixiert und scheine dabei die durchaus noch in nicht unerheblichem Ausmass vorhandenen körperlichen Ressourcen nicht richtig wahrzunehmen (vgl. auch E. 7.8 hiernach). Folglich fehlt der Beschwerdeführerin die Eingliederungsbereitschaft, so dass trotz des fortgeschrittenen Alters kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht.

7.

7.1 Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2017 IV Nr. 70 S. 217 E. 2.2).

7.2 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 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 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 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

7.3 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 LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

7.4 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 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

7.5 Die Beschwerdeführerin ist seit dem 27. November 2013 in der Arbeitsfähigkeit zu 100 % eingeschränkt (AB 58.2/1 f., 5, 8, 11 - 13, 16 f.; AB 92.3/10 - 12; vgl. auch AB 92.4) und die Neuanmeldung erfolgte am 23. September 2014 (AB 46). Folglich ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 3.2 und 3.3 hiervor) ab dem 1. März 2015 eine ganze Rente zugesprochen hat (AB 157). Laut MEDAS-Gutachten besteht die festgestellte 80 %-ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ab Mai 2016 (AB 142.1/24); diese Verbesserung stellt einen Revisionsgrund (vgl. E. 3.6.3 und 3.7.1 hiervor) dar. Vorausgesetzt der Einkommensvergleich ergibt einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad (vgl. dazu E. 7.6 und 7.7 hiernach), ist die Rente in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV (vgl. E. 3.7.3 hiervor) per 31. Juli 2016 aufzuheben. Schliesslich ist zu erwähnen, dass die im Zusammenhang mit dem Aufenthalt in der Klinik G. _____ vom 18. Juli bis 30. September 2016 (AB 121) vom 18. Juli bis 14. Oktober 2016 attestierte 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit keinen Einfluss auf den Rentenanspruch hat, da sie nicht länger als drei Monate gedauert hat (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV [vgl. E. 3.7.3 hiervor]; vgl. auch AB 147/8), zumal eine volle Arbeitsunfähigkeit von behandelnden Kliniken jeweils während eines Aufenthaltes pauschal attestiert wird, woraus nicht unbesehen eine objektiv ausgewiesene volle Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden kann.

7.6 Der Einkommensvergleich ist per Ende Juli 2016 vorzunehmen (vgl. E. 7.5 hiervor). Für das Valideneinkommen kann nicht auf den zuletzt bei der J. _____ AG als ... erzielte Lohn abgestellt werden, da die Beschwerdeführerin diese Stelle auch im Gesundheitsfall nicht mehr inne hätte; die Stelle wurde aus organisatorischen Gründen/Umstrukturierung gekündigt (AB 65). Folglich ist das Valideneinkommen gestützt auf statistische Daten festzulegen (vgl. E. 7.2 hiervor). Auszugehen ist von den LSE 2016, Tabelle TA1_tirage_skill_level (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht), Ziff. 47, Detailhandel, Frauen, Kompetenzniveau 1, im Betrag von Fr. 4'390.-- monatlich bzw. Fr. 52'680.-- jährlich. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Abschnitt Ziff. 47, Detailhandel, im Jahr 2016

von 41.8 Stunden resultiert ein Betrag von Fr. 55'050.60 (Fr. 52'680.-- : 40 h x 41.8 h).

Auch das Invalideneinkommen ist anhand statistischer Zahlen zu ermitteln, da die Beschwerdeführerin nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat (vgl. E. 7.3 hiervor). Auszugehen ist ebenfalls von den LSE 2016, Tabelle TA1_tirage_skill_level (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht), und dort vom Total, Frauen, Kompetenzniveau 1, im Betrag von Fr. 4'363.-- monatlich bzw. Fr. 52'356.-- jährlich. Die Anpassung an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Abschnitt Total im Jahr 2016 von 41.7 Stunden ergibt einen Betrag von Fr. 54'581.10 (Fr. 52'356.10 : 40 h x Fr. 41.7 h). Der von der Beschwerdegegnerin gewährte leidensbedingte Abzug (vgl. E. 7.4 hiervor) von 10 % (AB 147/9) ist nicht zu beanstanden. Gemäss MEDAS-Gutachten ist der Beschwerdeführerin ein Vollzeitpensum zumutbar (AB 142.1/24); in solchen Fällen ist kein über die Berücksichtigung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit hinausgehender Abzug gerechtfertigt (vgl. Entscheid des BGer vom 17. November 2015, 9C_380/2015, E. 3.2.3). Weiter kommt fehlenden Dienstjahren im untersten Kompetenzniveau im privaten Sektor keine grosse Bedeutung zu (Entscheid des BGer vom 16. Juli 2014, 8C_97/2014, E. 4.2) und werden Hilfsarbeiten auf dem massgebenden hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt (Entscheid des BGer vom 6. Mai 2008, 8C_321/2007, E. 8.2.2). Die Nationalität/Aufenthaltskategorie rechtfertigt vorliegend keinen leidensbedingten Abzug. Den Einschränkungen gemäss gutachterlichem Zumutbarkeitsprofil (AB 142.1/24) wird mit einem zusätzlichen 10 %-igen Abzug angemessen Rechnung getragen. Bei einem leidensbedingten Abzug von 10 % kann offen bleiben, ob die von den MEDAS-Gutachtern im psychiatrischen Fachgebiet attestierte 20 %-ige Leistungseinbusse (AB 142.1/24) aus rechtlicher Sicht relevant ist oder nicht (vgl. insbesondere BGE 141 V 281). Selbst bei zusätzlicher Berücksichtigung derselben resultiert ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad (vgl. E. 6.7 hiernach). Das Invalideneinkommen beliefe sich in diesem Fall auf zumindest Fr. 39'298.40 (Fr. 54'581.10 x 0.8 = Fr. 43'664.90 x 0.9).

7.7 Die Gegenüberstellung der beiden hypothetischen Vergleichseinkommen ergibt einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von gerundet maximal 29 % ($100 / \text{Fr. } 55'050.60 \times [\text{Fr. } 55'050.60 - \text{Fr. } 39'298.40] = 28.61 \%$; zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123).

7.8 Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

Abschliessend sei die Beschwerdeführerin an die von den Gutachtern als erforderlich gehaltene Entwöhnung von Orthese und Stock sowie den Opipaten erinnert, was die Beschwerdegegnerin im Falle des Eintretens auf eine Rentenreueanmeldung gegebenenfalls zu überprüfen und mit Anwendung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens durchzusetzen hätte. Sollte die Beschwerdeführerin im Übrigen die von den Gutachtern erwähnte subjektive Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ablegen können, bleibt es ihr unbenommen, sich wieder für berufliche Massnahmen der Invalidenversicherung zu melden.

8.

8.1 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). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

8.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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