

200 14 1098 IV
FUR/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. August 2017

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin und Notarin lic. iur. **B.** _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 21. Oktober 2014



Sachverhalt:

A.

Die 1965 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 10. Oktober 2011 insbesondere unter Hinweis auf eine schwere Depression bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [act. II] 1). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei liess sie die Versicherte insbesondere durch die Dres. med. C._____, Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, sowie D._____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, bidisziplinär begutachten (rheumatologisches und psychiatrisches Teilgutachten vom 30. Juni und 1. Juli 2013 [act. II 70.1 und 71.1]; bidisziplinäres Gutachten vom 4. Juli 2013 [act. II 70.2]).

Nach Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 76) und eines Abklärungsberichts Haushalt (act. II 79) stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 11. März 2014 (act. II 80) bei einem in Anwendung der gemischten Methode (70% Erwerbstätigkeit und 30% Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 70% die Zusage einer vom 1. Mai 2012 bis am 31. August 2013 befristeten ganzen IV-Rente in Aussicht. Dagegen verneinte sie einen Rentenanspruch für die Zeit ab dem 1. September 2013. Mit diesem Vorbescheid zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden (act. II 81 und 87). Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD (act. II 89) und des Abklärungsdienstes (act. II 92) sprach die IVB mit Verfügung vom 21. Oktober 2014 (act. II 97) – wie im Vorbescheid angekündigt – eine vom 1. Mai 2012 bis am 31. August 2013 befristete ganze IV-Rente zu.

B.

Hiergegen liess die Versicherte am 17. November 2014 Beschwerde erheben und folgende Anträge stellen:

1. Die Verfügung der IVB vom 21. Oktober 2014 sei aufzuheben und es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen.
2. Verfahrensanträge:
 - a. Das interdisziplinäre Gutachten von Dr. med. D. _____ und Dr. med. C. _____ sei aus den Akten zu entfernen.
 - b. Es sei ein polydisziplinäres Gutachten gemäss den Vorgaben von Art. 72^{bis} der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) zu erstellen.
unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

Mit Beschwerdeantwort vom 5. Januar 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Im weiteren Verlauf reichte die Beschwerdeführerin am 9. Juli 2015 und 14. März 2016 diverse medizinische Berichte beim Gericht ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 21. April 2017 machte die Instruktionsrichterin die Beschwerdeführerin auf eine mögliche Schlechterstellung (reformatio in peius) aufmerksam und bot ihr Gelegenheit zur Stellungnahme resp. zum Rückzug der Beschwerde. Mit Eingabe vom 13. Juli 2017 hielt die Beschwerdeführerin an ihrer Beschwerde fest.

Erwägungen:

1.

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

Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 21. Oktober 2014 (act. II 97). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

Die Beschwerdeführerin beanstandet sinngemäss einzig die Befristung der Rente. 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 vorliegend der grundsätzliche Anspruch auf eine IV-Rente, unter Einschluss der unbestritten gebliebenen Zusprache einer ganzen Invalidenrente von Mai 2012 bis August 2013, 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 In formeller Hinsicht macht die Beschwerdeführerin vorab eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend (Beschwerde S. 3 f. Ziff. 1). Die Beschwerdegegnerin habe sich in der angefochtenen Verfügung nicht mit den im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwänden und insbesondere mit dem Antrag, das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. D._____ und C._____ (vom 4. Juli 2013; act. II 70.2) sei aus den Akten zu weisen, auseinandergesetzt.

2.2 Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101). Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181).

2.3 Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin erweist sich die angefochtene Verfügung vom 21. Oktober 2014 (act. II 97) als hinlänglich begründet. Der Verfügung resp. den Stellungnahmen des Abklärungsdiens-tes vom 10. Juli 2014 (act. II 92) und des RAD-Arztes Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Mai 2014 (act. II 89), auf welche in der angefochtenen Verfügung verwiesen wurde (act. II 97 S. 5), lassen sich die wesentlichen Überlegungen entnehmen, die zur Zusprache einer ganzen Invalidenrente von Mai 2012 bis August 2013 resp. zur Verneinung eines Rentenanspruchs ab September 2013 führten. Der Beschwerdeführerin war es denn auch ohne weiteres möglich, gestützt auf die Verfügung eine ausführlich begründete Beschwerde einzureichen. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs resp. der

Begründungspflicht ist somit nicht erfolgt. Soweit die Beschwerdeführerin mit ihren Einwänden zumindest implizit eine Verletzung der Pflicht zur vollständigen und richtigen Sachverhaltsfeststellung geltend macht, handelt es sich nicht um eine Frage des rechtlichen Gehörs, sondern um eine Frage der materiellen Richtigkeit der Verfügung, welche nachfolgend zu prüfen ist (vgl. E. 4.3 hiernach).

Selbst wenn eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend bejaht würde, wäre diese im Übrigen als geheilt zu erachten. Die Beschwerdeführerin hatte vor Verwaltungsgericht die Möglichkeit, ihre Standpunkte ausführlich darzulegen. Mit dem erfolgten Festhalten an der Beschwerde trotz einlässlicher Begründung im Rahmen der Beschwerdeantwort zeigte sie zudem, dass sie so oder anders mittels Beschwerde an das Verwaltungsgericht gelangt wäre. Insofern würde eine Aufhebung der angefochtenen Verfügung zum Zweck der Gewährung des rechtlichen Gehörs zu einem formalistischen Leerlauf führen, sodass davon ohnehin abzusehen wäre.

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).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

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

3.3 Für die Bestimmung des IV-Grades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 5 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293).

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der IV-Grad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293).

3.4 Um den IV-Grad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage,

welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

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

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

4.

4.1 Bezüglich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

4.1.1 Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, Vertrauensarzt der Krankentaggeldversicherung der Beschwerdeführerin, führte im Bericht vom 27. November 2011 (act. II 25.2 S. 4 ff.) an, die seit Mai 2011 attestierte Arbeitsunfähigkeit habe initial auf der gastro-intestinalen Ebene basiert. Im September 2006 sei ein Magenbypass angelegt worden, wobei im Dezember 2009 und im Mai 2011 eine Re-Operation erfolgt sei. Postoperativ habe sich die abdominale Klinik un-

genügend beruhigt mit weiterhin anhaltenden Abdominalschmerzen. Diese anfänglich vorwiegend somatisch begründete Arbeitsunfähigkeit sei nahtlos abgelöst worden durch eine psycho-somatische Variante, zurückzuführen auf die im Februar 2001 diagnostizierte idiopathische Hyperprolaktinämie (S. 4). Zur Normalisierung des Prolaktins seien Dopaminagonisten eingesetzt worden, welche jedoch schlecht vertragen worden seien, indem sich zunehmend ein depressives Zustandsbild bis hin zur Psychose entwickelt habe. Eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit als ... sei momentan undenkbar bis kontraproduktiv (S. 5).

4.1.2 Im Bericht des Spitals G. _____ vom 18. Mai 2012 (act. II 34) wurde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Störung, mittelgradig bis schwer, diagnostiziert. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde insbesondere eine Hyperprolaktinämie aufgeführt (S. 1 Ziff. 1.1). Körperliche und geistige Einschränkungen bestünden nicht, womit die Beschwerdeführerin aus dieser Sicht in der Lage sei, der Tätigkeit als ... nachzukommen (S. 3 Ziff. 1.7).

4.1.3 Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstellten Gutachten vom 22. November 2012 (act. II 47.2) insbesondere eine depressive Episode (ICD-10 F32) und differentialdiagnostisch eine organisch bedingte affektive Störung (ICD-10 F06.3). Bei der Beschwerdeführerin hätten mehrere Bereiche dazu beigetragen, dass sie ihre Tätigkeit als ... nicht mehr ausübe. Zum einen sei nach der zweiten Entbindung ein Prolaktinom festgestellt worden, welches über Jahre medikamentös behandelt worden sei (S. 12). Die Beschwerdeführerin berichte diesbezüglich über eine erhebliche Gewichtszunahme und über das Auftreten von Depressionen. Zum anderen habe ein Suizidversuch des Sohnes zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik geführt. Dies sei als Triggerfaktor zu benennen (S. 13). Im Jahr 2011 seien mehrere erhebliche Belastungsfaktoren zusammengetroffen, die zu einer ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit beigetragen haben dürften. Ferner bestünden auch Hinweise auf krankheitsfremde Faktoren (z.B. hysteriforme Verhaltensweise, Kränkung [Nichtanerkennung der im Ausland gemachten Ausbildung, Kündigung]; S. 16 f.). Die von der Beschwerdeführerin berichteten Klagen (Weinen, nah

am Wasser gebaut zu sein, die Sorgen um den Sohn, mangelnde Lebensfreude) seien aus psychiatrischer Sicht nachvollziehbar, sodass von einer aktuell ungenügenden Behandlung des depressiven Syndroms auszugehen sei. Insofern seien die krankheitsfremden Faktoren nicht als überwiegend zu betrachten, warum aktuell keine Arbeitstätigkeit aufgenommen worden sei (S. 17). Insofern sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht bei anzuratender stationärer Behandlung noch von einer Arbeitsunfähigkeit zumindest bis Ende März 2013 auszugehen. Anschliessend könnte die Arbeitstätigkeit z.B. zu 50% ab April 2013 wieder aufgenommen werden (S. 18).

4.1.4 Die Beschwerdeführerin war vom 28. Januar bis 21. März 2013 in der psychiatrischen Klinik I. _____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 22. März 2013 (act. II 57 S. 6 ff.) wurden als psychiatrische Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), organische affektive Störungen (ICD-10 F06.3) und eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (anankastische Persönlichkeitszüge; ICD-10 Z73.1) aufgeführt (S. 6). Anamnese und aktuelle Pathologie mit tief gedrückter Stimmung, Freudlosigkeit, Interessensverlust, Gefühl der Gefühllosigkeit sowie starkem Antriebsverlust bei insgesamt ausgeprägter emotionaler Instabilität sprächen für eine rezidivierende depressive Störung, initial schwerer Ausprägung. Zudem bestehe im Rahmen des Prolaktinoms eine ausgeprägte organische Komponente, welche ebenfalls als Trigger und verstärkender Faktor für die depressive Störung angesehen werden könne. Krankheitsaufrechterhaltend wirkten neben der chronischen Krankheit sowie der daraus entstehenden Schmerzproblematik eine stark ausgeprägte anankastische Persönlichkeitskomponente, die die Beschwerdeführerin fortwährend unter Druck setze, „fehlerfrei zu funktionieren“. Die depressive Symptomatik habe sich nach stattgehabter Reduktion des Serum Prolaktinspiegels sowie im Rahmen der psychotherapeutischen Therapien gebessert. Schliesslich wurde initial eine 30%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert (S. 8 f.).

4.1.5 Dr. med. C. _____ diagnostizierte im rheumatologischen Teilgutachten vom 30. Juni 2013 (act. II 70.1) eine Hyperprolaktinämie (ICD-10 D44.3), ein chronisch-rezidivierendes zervikozephales/zervikobrachiales

Schmerzsyndrom links (ICD-10 M54.2) und ein Roux-Y-Magenbypass bei morbider Adipositas (S. 9 Ziff. 4). Eine somatische Ursache für die brennenden, das gesamte Abdomen einschliessenden Schmerzen könne nicht gefunden werden. Gleichzeitig seien nicht alle nach Einnahme der Dopamin-Antagonisten geschilderten Symptome somatisch nachvollziehbar, so dass für beide eine somatoforme Komponente angenommen werden müsse. Bezüglich der anamnestisch seit Jahren vorliegenden Schmerzen in der linken Schulter und in der linken Nackenpartie fänden sich einzig noch eine endgradige Einschränkung für die Kopffrotation und das Seitwärtsneigen nach rechts sowie eine Verkürzung der autochthonen Rückenmuskulatur rechts bei Normbefunden für alle weiteren Muskelgruppen. Eine somatisch begründete Leistungslimitierung liege bis heute nicht vor. Jede körperlich leicht bis höchstens mittelgradig belastende Tätigkeit sei vollumfänglich zumutbar. Als ... müssten sowohl die Arbeiten auf der ... wie auch die Betreuung ... bzw. ... ausgeschlossen werden (S. 10).

Dr. med. D. _____ diagnostizierte im psychiatrischen Teilgutachten vom 1. Juli 2013 (act. II 71.1) eine Dysthymia im Sinne einer verselbständigten negativen bzw. depressiven Selbst- und Welteinschätzung infolge der seit der Kindheit erlebten Kränkungen (ICD-10 F34.1) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), vor dem Hintergrund eines seit Jahrzehnten bekannten und medikamentös behandelten Mikro-Prolaktinoms und diversen psychosozialen, sozio-ökonomischen und sozio-kulturellen Faktoren und einer akzentuierten Persönlichkeit mit histrionischen und perfektionistischen Zügen (ICD-10 Z73.1; S. 14). Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass es in Zusammenhang mit im Wesentlichen extrinsischen Faktoren zu einer behandlungsbedürftigen reaktiv-depressiven Dekompensation gekommen sei, die auch zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Dieser psychische Gesundheitsschaden erfülle zwar das Kriterium einer schwerwiegenden, nicht aber dasjenige einer langanhaltenden Störung. Es komme hinzu, dass die Auslösung und Aufrechterhaltung dieses psychischen Gesundheitsschadens wesentlich mit extrinsischen Faktoren zusammenhänge. Die Komorbidität einer seit vielen Jahren bestehenden Dysthymia spiele für die Schwere der Dekompensation wie auch für die auf Dauer zu erwartende berufliche und private Belastbarkeit eine Rol-

le. Aufgrund der Arbeitsbiographie könne davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren aufgrund dieses komorbiden psychischen Gesundheitsschadens nur noch mit einem Pensum von 70% habe belastet werden können und auch in Zukunft nicht stärker belastet werden könne. Bei weniger günstigen Arbeitsumgebungen sei mit zusätzlichen Fehlzeiten zu rechnen, so dass über längere Zeiträume eine noch geringere durchschnittliche Leistungsfähigkeit als 70% anzunehmen sei. Im Haushalt wirkten sich diese psychischen Beeinträchtigungen wegen der viel grösseren Flexibilität in der Arbeitseinteilung nur sehr gering aus (S. 17).

Im bidisziplinären Gutachten vom 4. Juli 2013 (act. II 70.2) kamen die Gutachter zum Schluss, der Beschwerdeführerin sei die Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit als ... ab sofort zumutbar. Aufgrund körperlicher Gesundheitsschäden sollte sie nicht in Tätigkeitsbereichen mit starker körperlicher Belastung eingesetzt werden. Wegen des basalen Gesundheitsschadens einer in allen Berufstätigkeiten relevanten Dysthymia liege eine um 30% verminderte Leistungsfähigkeit vor, die durch eine Kürzung des Präsenzzeitrahmens kompensiert werden könne. Bei ungünstigen (potenziell kränkenden, die Beschwerdeführerin nicht ausreichend ernst nehmenden) Arbeitsplatzbedingungen sei mit überdurchschnittlich häufigen Fehlzeiten und somit mit einer zusätzlich verminderten Leistungsfähigkeit oder sogar Arbeitsplatzaufgabe bzw. Kündigung zu rechnen (S. 4 Ziff. 4). Entscheidend für die Leistungsbeurteilung sei der psychische Gesundheitsschaden, wobei zu beachten sei, dass die Arbeitsunfähigkeit der Vergangenheit wesentlich auf Störungen mit extrinsischer Ursache beruht habe und damit im Rahmen eines biopsychischen Krankheitsmodells nicht relevant sei. Diese Gesichtspunkte seien in dem ansonsten sehr differenzierten Gutachten von Dr. med. H._____ vom 22. November 2012 (act. II 47.2) nicht diskutiert worden. Aus diesem Grund sei sein Ausschluss psychosozialer und sozio-kultureller Faktoren bei grossen Übereinstimmungen in der soziobiographischen Anamnese nicht nachvollziehbar (act. II 70.2 S. 3 oben). Das angeführte Leistungsprofil gelte ab dem Zeitpunkt der Untersuchungen (S. 4 Ziff. 8). Zuvor sei im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells ab Mai

2011 eine medizinisch begründbare, vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (S. 3 Ziff. 2).

4.1.6 Auf Ersuchen der Beschwerdeführerin nahm der behandelnde Psychiater Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 31. März 2013 (richtig: 2014) insbesondere zum bidisziplinären Gutachten vom 4. Juli 2013 Stellung (act. II 87 S. 6 f.). Die beklagten Beschwerden würden alle berücksichtigt, aber isoliert. Die Gutachter reduzierten das komplexe Beschwerdebild der Beschwerdeführerin (Adipositas, Hypophysenadenom, Behandlung des Hypophysenadenoms und dessen Nebenwirkungen, Depression und Angst) auf die Dysthymia. Sie erklärten so die Chronizität der Störung, indem sie von einer chronischen depressiven Verstimmung sprächen. Das erkläre aber das wechselhafte Bild (Rezidivität) bzw. die Durchlässigkeit der Beschwerdeführerin nicht (S. 6 Ziff. 3). Die Schlussfolgerungen der Gutachter seien nicht begründet. Sie hätten bei der Exploration die Phobie, die Schuldgefühle und den sozialen Rückzug als schwer und zudem die Ratlosigkeit, die Störung der Vitalgefühle, die Deprimiertheit/Depressivität sowie die Insuffizienzgefühle als mittel klassifiziert. Trotzdem sprächen sie von einer chronischen depressiven Verstimmung und nicht mindestens von einer mittelschweren Depression. Das sei auch ein Widerspruch zur Schlussfolgerung, dass die Beschwerdeführerin vom 9. Mai 2012 bis 7. Mai 2013 zu 100% arbeitsunfähig gewesen sei und ab dem 8. Mai 2013 werde sie plötzlich zu 70% arbeitsfähig erklärt. Die Beurteilung sei jedoch umgekehrt, d.h. die Fortschritte in der Behandlung hätten die Beschwerdeführerin zu einer 30%-igen Arbeitsfähigkeit geführt, aber sie sei immer noch zu 70% arbeitsunfähig (S. 7 Ziff. 6). Trotz guter sozialer Situation sei die Beschwerdeführerin auf eine Unterstützung und Begleitung der IV angewiesen (Ziff. 7).

4.1.7 Am 7. Mai 2014 nahm der RAD-Psychiater Dr. med. E._____ Stellung (act. II 89). Sowohl die Hyperprolaktinämie wie auch die Migräne würden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht als invalidisierender Gesundheitsschaden anerkannt. Beides seien keine Krankheiten, sondern Symptome. Beide seien im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens soweit abgeklärt worden, dass keine hierfür ursächliche Krankheiten erkennbar gewesen sein, und die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit unerheblich

seien. Soweit Dr. med. J. _____ die Schlussfolgerungen des Gutachters als nicht begründet bezeichnet habe, wies der RAD-Psychiater darauf hin, aus den einzelnen Unterpunkten des verwendeten AMDP-Systems könne und dürfe keine Diagnostik abgeleitet werden. Das AMDP-System könne nur in seiner Gesamtheit zur Beurteilung der psychischen Störung herangezogen werden. Dies habe der Gutachter ausführlich und differenziert getan (S. 2).

4.1.8 Dr. med. J. _____ diagnostizierte im Bericht vom 15. Mai 2017 (Beschwerdebeilage [act. IA] 3) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode, nach dem Austritt mittelschwere depressive Störung (ICD-10 F33.1; S. 1). Die Beschwerdeführerin habe nach dem Suizidversuch des Sohnes und nach dem Verlust der Arbeit eine narzisstische Dysregulation erlitten. Dies habe zur Folge, dass sie nicht mehr in der Lage sei, progressive Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Andere Copingmechanismen, wie Vermeidungsverhalten, Flucht ins Mussdenken, sozialer Rückzug, Abkapselung, unaufhörliche gedankliche Weiterbeschäftigung mit dem Problem sowie Resignation, nähmen überhand. Dies mache das Einsteigen in die angestammte Tätigkeit als ... unmöglich. Es bestehe seit dem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik I. _____ (vgl. E. 4.1.4 hiervor) eine 30%-ige Arbeitsfähigkeit. Dies setze einen verständnisvollen Arbeitgeber mit Berücksichtigung der zuvor erwähnten Situation voraus (S. 2).

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der

Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der vorliegend angefochtenen Verfügung massgeblich auf das bidisziplinäre Gutachten vom 4. Juli 2013 (act. II 70.2) resp. die beiden Teilgutachten vom 30. Juni 2013 (act. II 70.1) und 1. Juli 2013 (act. II 71.1) gestützt. Die Gutachter haben sich in ihren ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen (rheumatologischen und psychiatrischen) Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das Gutachten samt den beiden Teilgutachten die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1). Daran vermögen die Einwendungen der Beschwerdeführerin – wie den nachfolgenden Erwägungen zu entnehmen ist – nichts zu ändern.

4.3.1 In formeller Hinsicht bestreitet die Beschwerdeführerin vorab die Unabhängigkeit, die Fachkunde und die Bewilligungsausübung von Dr. med. D. _____, weshalb das bidisziplinäre Gutachten aus den Akten zu weisen sei (Beschwerde S. 4 f. Ziff. 2a).

Was die fachliche Qualifikation von Dr. med. D. _____ angeht, so geht aus dem Medizinalberuferegister (www.medregom.admin.ch) hervor, dass dieser 1978 die Weiterbildungstitel „Neurologie“ und „Psychiatrie und Psychotherapie“ in ... erworben hat. Diese wurden am TT. JJ. 2011 auch in der Schweiz anerkannt. Eine schweizerische Facharztausbildung stellt nicht

zwingende Voraussetzung für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin dar. Es wird auch nicht verlangt, dass der medizinische Gutachter eine FMH-Ausbildung nachweist; eine im Ausland erworbene Fachausbildung genügt (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 10. August 2011, 8C_997/2010, E. 2.4). Damit ist die Fachkompetenz des eingesetzten Gutachters formell hinreichend ausgewiesen. Dadurch verfügte er im Zeitpunkt der hier fraglichen Begutachtung zweifellos über die notwendige fachärztliche Legitimation zur Mitwirkung am Gutachten vom 4. Juli 2013 (act. II 70.2). Zudem war er seit August 2011 im Besitz einer Berufsausübungsbewilligung (Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 12. Juli 2016, IV/2015/389, E. 3.3.4).

Weiter sind konkrete Umstände, die die fehlende Unabhängigkeit des Gutachters objektiv zu begründen vermögen, nicht ersichtlich und werden im Übrigen auch nicht substantiiert geltend gemacht. Die Tatsache allein, dass die IV-Stelle öffentlich bereits mehrfach für die Auftragsvergabe an Dr. med. D. _____ kritisiert worden ist (Beschwerde S. 4 Ziff. 2a), vermag kein begründetes Misstrauen betreffend Unabhängigkeit und insbesondere keine systematische Voreingenommenheit des Experten zu belegen. Ebenfalls der Umstand, dass es dem Gutachter – gemäss Auffassung in der Beschwerde (S. 4 Ziff. 2a) – vor allem um die Entschädigung gehe, reicht hierfür nicht aus. Es kann von einem Sachverständigen nicht erwartet werden, dass er seinen Aufwand für eine Begutachtung nicht in Rechnung stellt. Zudem liegen keine Hinweise dafür vor, dass der Gutachter seinen Bericht nicht neutral und sachlich abgefasst hätte (vgl. BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

Auch der weitere formelle Einwand (Beschwerde S. 5 Ziff. 2b), dass anstelle eines polydisziplinären Gutachtens im Sinne des Art. 72^{bis} IVV ein bidisziplinäres Gutachten erstellt worden sei, weshalb das Gutachten aus den Akten zu weisen sei, geht fehl. Denn aus den Akten ergeben sich keine Hinweise dafür, dass – neben der durchgeführten rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung – in einem weiteren Fachgebiet ein invalidenversicherungsrechtlich massgebender Gesundheitsschaden vorliegt (vgl. diesbezüglich auch E. 4.3.2 und 4.3.3 hiernach). Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin am 28. August 2012 (act. II 44) über die Durch-

führung einer bidisziplinären Begutachtung informiert worden ist und es ihr offen gestanden wäre, insbesondere gegen die Art der Begutachtung Einwendungen vorzubringen. Dies hat sie jedoch nicht getan. Es wurde demzufolge zu Recht eine bidisziplinäre Begutachtung in Auftrag gegeben.

4.3.2 Aus psychiatrischer Sicht hat Dr. med. D. _____ im Gutachten vom 4. Juli 2013 (act. II 70.2) resp. im psychiatrischen Teilgutachten vom 1. Juli 2013 (act. II 71.1) unter Beizug der klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10 (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 f.) ausführlich und nachvollziehbar begründet, dass die Beschwerdeführerin an einer Dysthymie und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, leidet (act. II 71.1 S. 14). Soweit der Gutachter aufgrund dieser Diagnosen eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30% attestiert hat (S. 17), kann ihm jedoch nicht gefolgt werden. Zum einen kommt einer Dysthymie – wenn sie wie hier nicht zusammen mit anderen Befunden wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung auftritt – nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich; sie ist allein somit regelmässig nicht invalidisierend (SVR 2011 IV Nr. 17 S. 45 E. 2.2.2). Zum anderen gelten leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung grundsätzlich als therapeutisch angehbar (Entscheide des BGer vom 29. August 2012, 9C_266/2012, E. 4.3.2, und vom 7. Februar 2012, 9C_736/2011, E. 4.2.2.1). Leicht- bis mittelgradige depressive Störungen kommen deshalb einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (Entscheide des BGer vom 3. April 2017, 8C_814/2016, E. 5.3.2, und vom 24. August 2016, 8C_399/2016, E. 4.2), was vorliegend nicht der Fall ist. Aus dem Bericht der psychiatrischen Klinik I. _____ vom 22. März 2013 (act. II 57 S. 6 ff.) geht hervor, dass sich die depressive Symptomatik während des Klinikaufenthalts gebessert hat (S. 8 f.) und damit therapeutisch angehbar ist. Gegenteiliges wird auch vom behandelnden Psychiater nicht geltend gemacht (vgl. act. II 87 S. 6 f. und act. IA 3). Überzeugende Gründe, von der zuvor geschilderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung abzuweichen, sind vorliegend – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Stellungnahme vom 13. Juli 2017 S. 3 ff. Ziff. 11 ff.; in den Gerichtsakten) – nicht ersichtlich. Darüber hinaus geht aus den vorlie-

genden Akten und dabei insbesondere aus der Beurteilung von Dr. med. D._____ eindeutig hervor, dass die depressive Problematik durch äussere Faktoren (insbesondere Suizidversuch des Sohnes) ausgelöst worden ist (act. II 71.1 S. 16), weshalb sie offensichtlich reaktiver Natur ist und damit keine länger dauernde Erwerbsunfähigkeit zu begründen vermag. Reaktive Geschehen gelten allgemein als gut therapierbar und aus rechtlicher Sicht als überwindbar (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 35 N. 73). Zudem waren – gemäss Beurteilung des psychiatrischen Gutachters (act. II 71.1 S. 17) – soziobiographische, psychosoziale und sozio-kulturelle Faktoren entscheidend für die Entwicklung der behandlungsbedürftigen reaktiven depressiven Störung. Auch deshalb kann dieser bescheinigte Gesundheitsschaden aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht berücksichtigt werden (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Es ist somit erstellt, dass sowohl die rezidivierende depressive Störung als auch die Dysthymie vorliegend aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht nicht als invalidisierender Gesundheitsschaden berücksichtigt werden können.

Die gegen die Einschätzung von Dr. med. D._____ vorgebrachte Kritik verfährt nicht. Insbesondere vermag die Stellungnahme von Dr. med. J._____ vom 31. März 2014 (act. II 87 S. 6 f.) die Beurteilung des Gutachters nicht in Zweifel zu ziehen (anders Beschwerde S. 6). Entgegen der Auffassung des behandelnden Psychiaters hat sich Dr. med. D._____ einlässlich mit den bestehenden psychischen Störungen auseinandergesetzt und die gestellten Diagnosen nachvollziehbar begründet. Dass der Gutachter die bestehenden psychischen Störungen differenziert abgehandelt hat, wird denn auch vom RAD-Psychiater im Bericht vom 7. Mai 2014 (act. II 89) bestätigt. Zudem hat der Gutachter – entgegen der Behauptung des behandelnden Psychiaters (act. II 87 S. 7 Ziff. 6) und der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 6 Ziff. 2d) – nicht nur eine chronische depressive Verstimmung (Dysthymie), sondern zusätzlich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, diagnostiziert (act. II 71.1 S. 14), was im Übrigen der von Dr. med. J._____ im Bericht vom 15. Mai 2017 (act. IA 3) gestellten Diagnose entspricht.

An der Beurteilung von Dr. med. D. _____ ändert nichts, dass Dr. med. H. _____ im Gutachten vom 22. November 2012 (act. II 47.2) aufgrund einer depressiven Episode eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (S. 12 und 18). Diesbezüglich ist vorab darauf hinzuweisen, dass die beiden psychiatrischen Beurteilungen in weiten Teilen übereinstimmen. So kam insbesondere auch Dr. med. H. _____ zum Schluss, dass der Suizidversuch des Sohnes als Triggerfaktor für die depressive Symptomatik zu nennen sei, womit auch er der diagnostizierten depressiven Störung einen reaktiven Charakter zuerkannt hat (S. 13 f.). Bezüglich der von Dr. med. H. _____ attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit wurde im bidisziplinären Gutachten vom 4. Juli 2013 (act. II 70.2) schlüssig dargelegt, dass bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit reaktiven Störungen im Rahmen des bio-psychischen Krankheitsmodell nicht relevant seien, was – wie bereits dargelegt worden ist – auch der höchstrichterlicher Rechtsprechung entspricht. Ferner wurde der Ausschluss der psychosozialen und soziokulturellen Faktoren als nicht nachvollziehbar erachtet (act. II 70.2 S. 3).

Ebenfalls der Umstand, dass im Bericht der psychiatrischen Klinik I. _____ vom 22. März 2013 (act. II 57 S. 6 ff.) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, diagnostiziert worden ist, vermag die Beurteilung von Dr. med. D. _____ und insbesondere dessen gestellten Diagnosen nicht in Zweifel zu ziehen. Denn aus dem besagten Bericht geht eindeutig hervor, dass die depressive Störung nur initial schwer ausgeprägt war und dass sie sich bereits im Rahmen des stationären Aufenthaltes gebessert hat (S. 8 f.).

Letztlich bleibt darauf hinzuweisen, dass die Gutachter die Gültigkeit des erstellten Leistungsprofils zwar auf den Zeitpunkt der Untersuchungen (7. Mai 2013) festgelegt haben (act. II 70.2 S. 4 Ziff. 8). Jedoch geht aus dem psychiatrischen Teilgutachten vom 1. Juli 2013 hervor, dass die diagnostizierten psychischen Störungen bereits zuvor – auf jeden Fall bereits im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im Mai 2012 (act. II 79 S. 13) – bestanden haben. Gemäss Dr. med. D. _____ leidet die Beschwerdeführerin seit Jahren an einer Dysthymie. Die depressive Störung besteht seit dem Jahr 2011 (act. II 71.1 S. 16 f.). Damit ist vorliegend ohne weiteres davon auszugehen, dass die von Dr. med. D. _____ gestellten

psychiatrischen Diagnosen bereits vor dessen Untersuchung bestanden haben, womit das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens auch vor dem Zeitpunkt der Untersuchung zu verneinen ist. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Stellungnahme vom 13. Juli 2017 S. 3 Ziff. 9.; in den Gerichtsakten) ist im Übrigen nicht unter sämtlichen Ärzten unbestritten, dass bis zum Zeitpunkt der Begutachtung durch die Dres. med. D._____ und C._____ eine 70%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Diesbezüglich wurde im bidisziplinären Gutachten vom 4. Juli 2013 (act. II 70.2) klar dargelegt, dass die in der Vergangenheit attestierten Arbeitsunfähigkeiten im Rahmen eines bio-psychischen Krankheitsmodells nicht relevant seien (S. 3 oben). Damit sind die Gutachter offensichtlich nicht davon ausgegangen, dass eine massgebende Arbeitsunfähigkeit bestanden hat.

4.3.3 In somatischer resp. rheumatologischer Hinsicht wurde im Gutachten vom 4. Juli 2013 (act. II 70.2) resp. im rheumatologischen Teilgutachten vom 30. Juni 2013 (act. II 70.1) schlüssig dargelegt, dass bei der Beschwerdeführerin eine Hyperprolaktinämie, ein chronisch-rezidivierendes zervikozephales/zervikobrachiales Schmerzsyndrom links und ein Roux-Y-Magenbypass bei morbider Adipositas besteht (act. II 70.1 S. 9 Ziff. 4). Ferner hat die Expertin nachvollziehbar begründet, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als ... – ohne Arbeiten auf der ... und ohne Betreuung ... bzw. ... – weiterhin vollzeitig zumutbar ist (S. 10), womit die Gutachterin das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneint hat. Diese Beurteilung ist nicht nur in sich stringent und nachvollziehbar, sondern sie steht auch im Einklang mit den vorliegenden Akten. So sprachen ebenfalls die behandelnden Ärzte des Spitals G._____ im Bericht vom 18. Mai 2012 (act. II 34) der bestehenden Hyperprolaktinämie explizit keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu und attestierten (aus somatischer Sicht) eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1 und S. 3 Ziff. 1.7). Im weiteren Verlauf wurde durch die behandelnden Ärzte des Spitals G._____ ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt (vgl. Berichte vom 13. Mai 2014 und 3. Februar 2015; unpaginierte Beschwerdebeilagen [act. I]). Zudem weisen auch die zahlreichen im vorliegenden Verfahren eingereichten Arztberichte keine somatisch begründete Arbeitsunfähigkeit auf.

Darüber hinaus geht insbesondere aus dem Bericht von Dr. med. F. _____ vom 27. November 2011 (act. II 25.2 S. 4 ff.) hervor, dass im Zusammenhang mit der durchgeführten Magenbypass-Operation und den daraufhin erfolgten Re-Operationen keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat (S. 4). Gegenteiliges wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht geltend gemacht.

4.4 Nach dem Dargelegten liegt weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Da keine Invalidität im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 hiervor) vorliegt, besteht kein Anspruch auf Leistungen der IV. Der Sachverhalt ist gestützt auf die vorliegenden Akten hinreichend erstellt, weshalb auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

5.

Damit ist die angefochtene Verfügung vom 21. Oktober 2014, soweit vom 1. Mai 2012 bis am 31. August 2013 eine ganze IV-Rente zugesprochen worden ist (act. II 97 S. 5 f.), aufzuheben und es ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin (auch) in dieser Zeit mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens keinen Anspruch auf eine IV-Rente hat. Die Voraussetzungen zur Vornahme dieser reformatio in peius sind vorliegend erfüllt (Art. 84 Abs. 3 VRPG i.V.m. Art. 61 lit. d ATSG). Das angerufene Gericht hat die Beschwerdeführerin mit der prozessleitenden Verfügung vom 21. April 2017 (in den Gerichtsakten) auf die drohende Schlechterstellung und auf die Möglichkeit eines Beschwerderückzugs aufmerksam gemacht.

Die Beschwerde erweist sich nach dem Gesagten als unbegründet und ist abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder

Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- entnommen. Die Restanz von Fr. 300.-- ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten.

6.2 Vorliegend 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 Verfügung der IV-Stelle Bern vom 21. Oktober 2014 wird den Zeitraum von Mai 2012 bis August 2013 betreffend aufgehoben und es wird festgestellt, dass in dieser Zeit kein Rentenanspruch besteht.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- entnommen. Die Restanz von Fr. 300.-- wird ihr nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückerstattet.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin und Notarin lic. iur. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.