

200 14 187 IV
KNB/JAP/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. September 2014

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. Januar 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1961 geborenen A. _____ (fortan Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wurde gestützt auf eine Anmeldung zum Leistungsbezug vom 31. Juli 1985 ab 1. Dezember 1985 eine halbe und ab 1. Dezember 1993 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen (vgl. Akten der IV-Stelle Bern [fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. IIA], 90.1/270-273, 90.1/381-384, 90.1/473-478).

Am 6. Juli 2004 verfügte die IVB (Akten der IVB [act. II], 11) unter Berücksichtigung des mit der 4. IV-Revision geänderten Rentensystems sowie einem Invaliditätsgrad von 67 % eine Reduktion der laufenden ganzen Rente auf eine Dreiviertelsrente. Eine hiergegen erhobene Einsprache (act. II 17) wies sie mit Entscheid vom 24. März 2005 (act. II 24) ab, hob diesen Einspracheentscheid während dem beim Verwaltungsgericht rechtshängig gewesenen Beschwerdeverfahren IV 65569 am 2. September 2005 jedoch wiedererwägungsweise auf (vgl. act. II 35 f.). Nach weiteren Abklärungen ermittelte sie unter der Annahme, die Versicherte wäre im Gesundheitsfall zu 80 % erwerbstätig bzw. zu 20 % im Haushalt beschäftigt, erneut einen Invaliditätsgrad von 67 % und reduzierte die laufende ganze Rente mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 5. Januar 2007 (act. II 58) per 1. März 2007 auf eine Dreiviertelsrente. Diesen Rentenanspruch bestätigte sie mit Verfügung vom 22. Juli 2009 (act. II 65), nachdem die Versicherte im Rahmen einer ordentlichen Rentenrevision angegeben hatte, ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert.

B.

Mit Schreiben vom 4. Februar 2011 (act. II 71) machte die Versicherte gegenüber der IVB erneut eine Gesundheitsverschlechterung geltend, worauf die letztere Abklärungen traf und, gestützt auf eine neurochirurgische bzw. psychiatrische Begutachtung (vgl. act. II 87.1, 88 f.) sowie eine Erhebung an Ort und Stelle, bei einem unveränderten Status, Invaliditätsgrade von

54 % im Februar 2011, 87 % im Dezember 2011 bzw. 54 % im Februar 2013 ermittelte (vgl. Akten der IVB [act. IIB], 105). Mit Vorbescheid vom 19. Juni 2013 (act. IIB 106) stellte sie der Versicherten in Aussicht, die laufende Rente rückwirkend ab 1. März 2012 auf eine ganze und ab 1. Juni 2013 auf eine halbe Invalidenrente anzupassen.

Hiergegen erhob die Versicherte am 21. August 2013 Einwand (act. IIB 116), worauf die IVB, nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; vgl. act. IIB 119) sowie ihrem Abklärungsdienst (vgl. act. IIB 124), am Vorbescheid festhielt und am 24. Januar 2014 (vgl. act. IIB 139) verfügte, dass ab 1. März 2012 ein Anspruch auf eine ganze Rente bestehe und die Reduktion auf eine halbe Rente auf den ersten Tag des zweiten der Verfügung folgenden Monats erfolge.

C.

Mit Eingabe vom 24. Februar 2014 erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 28. März 2014 schloss die Beschwerdegegnerin, unter Beilage einer Stellungnahme des RAD vom 3. März 2014, auf Abweisung der Beschwerde.

Replicando ergänzte die Beschwerdeführerin am 9. Mai 2014 ihr Rechtbegehren dahingehend, dass eventualiter ab 1. März 2014 weiterhin eine Dreiviertelsrente auszurichten sei. Zudem legte sie weitere Unterlagen ins Recht (Akten der Beschwerdeführerin [act. I], 4-6).

Mit Duplik vom 20. Juni 2014 bestätigte die Beschwerdegegnerin den gestellten Antrag.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Verfügungen. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 24. Januar 2014 (act. IIB 139). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die Rente zulässigerweise ab 1. März 2012 auf eine ganze Rente erhöhte bzw. auf den ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats – mit hin per 1. März 2014 – auf eine halbe Rente reduzierte.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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

2.3 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).

2.3.1 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. 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 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Juli 2013, 8C_441/2012, E. 3.1.1).

2.3.2 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 ausschlag-

gebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

2.3.3 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369, SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; Entscheid des BGer vom 25. Juli 2013, 8C_441/2012, E. 3.1.2).

3.

3.1 Ob die letzte rechtskräftige Verfügung vom 22. Juli 2009 (act. II 65) gestützt auf eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung ergangen ist, erscheint fraglich (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. III Ziff. 6). Sie basierte in medizinischer Hinsicht – wie bereits die Verfügung vom 5. Januar 2007 (act. II 58) – auf einer Expertise von Dr. med. C. _____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, vom 20. Februar 2006 (act. II 49). Zusätzlich wurde lediglich der Bericht der behandelnden Dr. med. D. _____, Fachärztin für Allgemeine Medizin FMH, vom 9. Mai 2009 (act. II 61), inkl. Ergänzung vom 20. Mai 2009 (act. II 63), berücksichtigt. Aufgrund des unveränderten Gesundheitszustandes ist jedoch unerheblich, ob der Verwaltungsakt vom 5. Januar 2007 oder jener vom 22. Juli 2009 als letztmalige materielle Überprüfung des Rentenanspruchs im Sinne der erwähnten Rechtsprechung (vgl. E. 2.3.3 hievor) verstanden werden kann (vgl. Entscheid des BGer vom 29. August 2013, 9C_903/2012, E. 2.1). Grundsätzlich kann somit der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten

Rentenverfügung vom 22. Juli 2009 (act. II 65) als Ausgangslage herangezogen und mit der Sachlage in den jeweiligen Zeitpunkten der nachfolgenden Anpassungen des Rentenanspruchs verglichen werden. Es ist somit einerseits der Sachverhalt im Juli 2009 mit jenem im Zeitpunkt der angeordneten Rentenerhöhung per März 2012 und andererseits jener mit der Situation im Zeitpunkt der hier angefochtenen Revisionsverfügung vom 24. Januar 2014 (act. IIB 139) zu vergleichen.

3.2

3.2.1 Dr. med. C. _____ diagnostizierte im Gutachten vom 20. Februar 2006 (vgl. act. II 49/5 lit. A Ziff. 4) ein zerviko-zepales Syndrom (ICD-10: M53.0) nach operativer Stabilisierung einer Instabilität auf Stufe C1/2 (ICD-10: M53.2), eine klinisch stumme Diskushernie auf Stufe C5/6 rechts (ICD-10: M50.2), eine Migräne (ICD-10: G4[3].9) sowie ein wechselnd intensiver spontaner Tremor (ICD-10: R25.1). Er gelangte zum Schluss, dass im Vergleich zu den Voruntersuchungen im Jahr 1993 keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten (vgl. act. II 49/6 lit. B) und die bisherige Tätigkeit weiterhin zumutbar sei (vgl. act. II 49/6 lit. C Ziff. 2).

3.2.2 Im Verlaufsbericht vom 9. Mai 2009 (act. II 61) vermerkte Dr. med. E. _____, unter Beilage weiterer Konsiliarberichte (act. II 61/9 ff.), die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. act. II 61/4 lit. A):

Chronisches zerviko-vertebrales Schmerzsyndrom rechts mit Ausstrahlung rechts auf Stufe C5/6 seit 1986

Psychovegetative und psychophysische Störungen, dokumentiert seit 1993 (Klinik J. _____), bestätigt im Jahr 2007 mit/bei:

- Status nach Hyperflexionstrauma der Halswirbelsäule (HWS) mit Subluxation C1/2 im Jahr 1984
- Status nach posteriorer transartikulärer Spondylodese C1/2 und lateraler Verschraubung mit autologer Spondylodese im Jahr 1986
- Status nach Schleudertrauma der HWS im Jahr 1988

Zervikale Diskushernie rechts auf Stufe C5/6 mit/bei:

- zerviko-radikulärem Schmerzsyndrom C5/6 im Jahr 2005 mit Schwäche und Sensibilitätsstörungen der Hand und des Kleinfingers, intermittierend
- konservativer Behandlung

Migräne seit 1986

Eingeschränkte Schulterbeweglichkeit rechts dominant, seit 1996

Die Hausärztin gab an, der Gesundheitszustand verschlechtere sich (vgl. act. II 61/2 lit. C Ziff. 1). Die Beschwerdeführerin leide nach eigenen Angaben fast dauernd unter Kopf- und Nackenschmerzen sowie zusätzlich regelmässig an Migräneanfällen. An der linken Hand seien Sensibilitätsstörungen sowie ein Kraftverlust zu verzeichnen. Sie sei bereits in den täglichen Verrichtungen wie Putzen und Hausarbeit limitiert. Es seien kognitive Veränderungen wie Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen sowie eine Stimmungslabilität eingetreten. Schmerzbedingt leide sie schliesslich unter schweren Schlafstörungen und chronischer Müdigkeit (vgl. act. II 61/5 Ziff. 4). Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin ergänzte Dr. med. E._____ am 20. Mai 2009 insbesondere, die kognitiven Beeinträchtigungen hätten sich nicht qualitativ, sondern quantitativ verschlechtert, dies vor allem in der subjektiven Wahrnehmung der Beschwerdeführerin. Die Diskushernie verursache weiterhin belastungsabhängig ein inkonstantes radikuläres Schmerzsyndrom am linken Arm und in der linken Hand. Das Hauptproblem stelle die verminderte körperliche Belastbarkeit dar, bei zu grosser körperlicher Belastung träten Schmerzen in Nacken und Arm bis in den kleinen Finger auf (vgl. act. II 64).

3.3 Die per März 2012 angeordnete Rentenerhöhung stützte sich auf die Beurteilungen des behandelnden Dr. med. F._____, Facharzt für Medizinische Onkologie FMH sowie Allgemeine Innere Medizin FMH.

Nachdem die Beschwerdeführerin mitgeteilt hatte, dass bei ihr ein Mammakarzinom diagnostiziert worden sei, sie sich im Dezember 2011 einer Operation unterzogen habe und nun chemotherapeutisch behandelt werde (vgl. act. IIB 92), holte die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. F._____ Berichte ein. Der Onkologe führte in diagnostischer Hinsicht am 7. März 2012 im Wesentlichen Folgendes aus (vgl. act. IIB 99/1 Ziff. 1.1 [vgl. zur TNM-Tumorklassifikation: PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 263. Aufl. 2011, S. 2074; WITTEKIND/MEYER, TNM Klassifikation maligner Tumoren, 7. Aufl. 2010]):

Mittelgradig differenziertes invasiv duktales Mammakarzinom rechts (pT2 pN1a [3/15] cM0 L1 R0, Östrogenrezeptor positiv [80 %], Progesteronrezeptor positiv [100 %], Proliferationsfraktion Antigen Ki-67: 30 %, HER2-Status negativ) mit/bei:

- am 22. Dezember 2011: Segmentektomie rechts, Sentinel-lymphonodektomie und axilläre Lymphonodektomie rechts. Umgebungsabklärungen mittels Thorax-Röntgen, Abdomensonographie und Skelettszintigraphie negativ
- aktuell: Einleitung dosisdichte (dose dense) adjuvante Chemotherapie mit Epirubicin/Cyclophosphamid (EC) viermal, gefolgt von Taxol wöchentlich ab 17. Januar 2012, anschliessend Radiotherapie und adjuvante endokrine Therapie

Er erklärte, die Beschwerdeführerin beziehe eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 67 %, aufgrund der Chemotherapie bestehe eine zusätzliche vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. IIB 99/2 Ziff. 1.6). Nach Abschluss der multimodalen Therapie sei theoretisch eine schrittweise Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit bis auf das vorherige Niveau von 33 % zu erwarten. Eine bleibende Verschlechterung der vormaligen Beschwerden (insbesondere der Zerviko-Zephalgie) nach Abschluss der aktuellen adjuvanten Therapien sei nicht auszuschliessen, was aber erst nach Therapieabschluss beurteilt werden könne (vgl. act. IIB 99/3 Ziff. 1.9 und 1.11). Am 15. Juni 2012 beschrieb er den Gesundheitszustand als stationär und attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis mindestens im September 2012 (act. IIB 101/1 Ziff. 1, 101/2 Ziff. 5). Nach der Chemotherapie erstattete er am 21. Februar 2013 einen weiteren Verlaufsbericht (act. IIB 104).

3.4 Die Beschwerdegegnerin ging anhand der Angaben von Dr. med. F. _____ davon aus, dass aufgrund der diagnostizierten Krebserkrankung ab der Operation vom 22. Dezember 2011 bis zum Bericht vom 21. Februar 2013 (act. IIB 104) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestand, was aufgrund der Aktenlage (vgl. act. IIB 99, 101, 104) nachvollziehbar und allseits unbestritten ist. Da durch die Krebserkrankung bzw. -therapie eine vorübergehende wesentliche Verschlechterung eintrat, lag ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG vor, denn nach Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) ist nicht verlangt, dass die Änderung, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat, voraussichtlich weiterhin andauern muss. Das gesetzliche Erfordernis einer auf Dauer gerichteten Änderung ist mit Ablauf der dreimonatigen Wartezeit grundsätzlich erfüllt (vgl. Entscheid des BGer vom 21. September 2012, 9C_530/2012, E. 5.2). Damit kann letztlich offen bleiben, ob in der Volljährigkeit des Soh-

nes der Beschwerdeführerin ein (zusätzlicher) Revisionsgrund zu erblicken wäre (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 1.2; Replik S. 3 Ziff. III Ziff. 1). Zu prüfen ist im Weiteren, ob im Vergleich zwischen der angeordneten Rentenerhöhung per März 2012 und der nachfolgenden Rentenreduktion per März 2014 ebenfalls eine wesentliche Änderung im Sinne von Art. 17 ATSG eintrat.

4.

4.1 Die Rentenreduktion per 1. März 2014 (vgl. act. IIB 13) basierte einerseits auf den Erkenntnissen aus der interdisziplinären neurochirurgischen bzw. psychiatrischen Begutachtung im September 2011 (vgl. act. II 87.1, 88 f.) sowie andererseits auf dem Bericht von Dr. med. F. _____ vom 21. Februar 2013 (act. II 104).

4.1.1 Die Dres. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und H. _____, Fachärztin für Neurochirurgie, erstatteten ihre Expertisen am 20. (act. II 88) bzw. 21. Oktober 2011 (act. II 87.1). Der Psychiater konnte keine geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen feststellen und ging dementsprechend von einer uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus (vgl. act. II 88/22 Ziff. 1 und 4 f.). Die Neurochirurgin führte in ihrem Gutachten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (vgl. act. II 87.1/29 lit. A Ziff. 4):

Chronisches zervikales Schmerzsyndrom mit/bei:

- HWS-Fehlform/-haltung
- Degenerativen HWS-Veränderungen (Osteochondrose C5/6 und C6/7, begleitende Spondylose/Unkovertebralarthrose mit möglicher Irritation der Nervenwurzel C6 rechts, leichtgradige Spondylarthrose)
- Diskushernie C5/6 ohne Neurokompression
- Status nach posteriorer Spondylodese und transartikulärer Verschraubung C1/2 beidseits im Jahr 1986
- Anamnestic Status nach HWS-Trauma mit Verdacht auf Subluxation C1/2 im Jahr 1984

Sie gab an, insgesamt hätten im Vergleich zu den Voruntersuchten aus dem Jahr 2006 und 2010 bzw. anfangs 2010 keine wesentlichen Veränderungen festgestellt werden können, insbesondere sei keine anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Eine vorüberge-

hende Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch die in den Jahren 2005 und 2010 symptomatische zervikale Diskushernie auf Stufe C5/6 rechts respektive durch die intermittierende radikuläre Reizsymptomatik C6 rechts sei im heutigen Zeitpunkt nicht mehr relevant (vgl. act. II 87.1/33 lit. B). Für Tätigkeiten ohne körperliche Belastung und körperlich leichte konsequent wechselbelastende Tätigkeiten in Neutralstellung der HWS attestierte sie eine Arbeitsfähigkeit von sechs Stunden täglich an fünf Tagen pro Woche, wobei die Leistungsfähigkeit um 20 % bis 30 % vermindert sei. Ausgeschlossen seien körperlich schwere und mittelschwere Verrichtungen, die HWS statisch belastende Tätigkeiten, Arbeiten mit Haltungs- und Positions-Monotonie der HWS, in Zwangshaltungen der HWS, insbesondere repetitive Verrichtungen über Schulterhöhe und über Kopf, mit repetitiven Rotationsbewegungen der HWS, sowie Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Zudem sei das repetitive Heben, Tragen und Bewegen von Lasten auf fünf Kilogramm limitiert. Arbeiten in Nässe und Kälte sollten weitgehend vermieden werden (vgl. act. II 87.1/36 f. lit. C Ziff. 11 und 13 f.). Die entsprechende medizinisch-theoretische Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie das Zumutbarkeitsprofil bestätigten die Dres. med. H._____ und G._____ in ihrer interdisziplinären Beurteilung (act. II 89/3).

4.1.2 Im Verlaufsbericht vom 21. Februar 2013 (act. IIB 104) bestätigte Dr. med. F._____ eine stationäre Situation und gab an, die Beschwerdeführerin leide aufgrund der adjuvanten endokrinen Therapie mit Tamoxifen unter mässigen Wallungen, welche zu Durchschlafproblemen führten, sowie intermittierend unter auftretenden Muskelkrämpfen wechselnder Intensität. Diese Therapie habe am 23. Juli 2012 begonnen und sollte über insgesamt fünf Jahre fortgesetzt werden. Im Rahmen der Nachsorgeuntersuchungen hätten sich keine Hinweise auf ein Krankheitsrezidiv ergeben. Somit bestehe weiterhin eine hohe kurative Chance im Bezug auf das Mammakarzinom. Er könne lediglich die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die Nebenwirkungen der Therapie des Mammakarzinoms beurteilen. Es bestehe dabei allenfalls eine leichte Beeinträchtigung der körperlichen und kognitiven Belastbarkeit mit rascher Erschöpfung. Ebenfalls bekannt sei, dass nach einer Chemotherapie eine längerfristige, klinisch schwierig fassbare kognitive Leistungsminderung auftreten könne. Durch die Mamm-

akarzinom-Therapie sei somit allenfalls maximal eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % begründet (vgl. act. IIB 104/1 Ziff. 1 und 4 f.; 104/2 Ziff. 1).

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

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Entscheid des BGer vom 25. Juli 2013, 8C_441/2012, E. 6.1.2).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismündigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete

Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

4.3 Die interdisziplinäre Beurteilung der Dres. med. G._____ und H._____ vom Oktober 2011 (act. II 87.1, 88 f.) überzeugt und erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.2 hievor). Zwar ist in formeller Hinsicht zu bemerken, dass die Administrativbegutachtung bereits unter Herrschaft der geänderten Bundesgerichtspraxis von BGE 137 V 210 veranlasst, jedoch nicht mittels Zwischenverfügung angeordnet wurde, obwohl die Beschwerdeführerin sie – im Sinne einer materiellen Einwendung – explizit für unnötig bzw. überflüssig betrachtete (vgl. act. II 81 f.). Da im damaligen Zeitpunkt jedoch höchstrichterlich noch nicht gänzlich geklärt war, ob sich der entsprechende Verfahrensstandard auf Medizinische Abklärungsstellen (MEDAS) beschränkt oder auch auf mono- oder bidisziplinäre Begutachtungen erstreckt (vgl. nunmehr: BGE 139 V 349 E. 5.1 S. 354), sich die Beschwerdeführerin überdies schliesslich der Begutachtung unterzog und auch beschwerdeweise keine entsprechende Rüge erhob, vermag dieser Umstand den Beweiswert der gutachterlichen Beurteilung grundsätzlich nicht zu schmälern. Ohnehin war der Abklärungsbedarf aufgrund der am 4. Februar 2011 geltend gemachten Verschlechterung (act. II 71) ohne weiteres ausgewiesen, zumal die nachträgliche gegenteilige Äusserung offenbar von der versicherungsrechtlichen Überlegung getragen war, keinen Revisionsprozess auszulösen (vgl. act. II 81). Ebenfalls nicht entscheidend ist, dass der von Dr. med. H._____ zusätzlich angeforderte Operations- bzw. Hospitalisationsbericht aus dem Jahre 1986 bis zur Fertigstellung des Gutachtens nicht eintraf (vgl. act. II 87.1/19), denn die Neurochirurgin kannte die entsprechenden anamnestischen Befunde bzw. Diagnosen und konnte sich anhand der

übrigen vollständigen Vorakten ein lückenloses Bild über die medizinische Situation verschaffen. Ihre fachärztliche Einschätzung basiert zudem auf einer klinischen Untersuchung der Explorandin sowie auf einem zusätzlich veranlassten elektrophyysiologischen Untersuchungsbefund von Dr. med. I._____, Facharzt für Neurologie (vgl. act. II 87.1/24-29 lit. A Ziff. 1). Auch inhaltlich lassen sich die Gutachten der Dres. med. G._____ und H._____ nicht beanstanden. Die Kritik, dass die Neurochirurgin mit Blick auf das Vorgutachten von Dr. med. C._____ vom 20. Februar 2006 (act. II 49) lediglich eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts vorgenommen haben soll (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. III Ziff. 7), beschlägt einzig die Frage des Revisionsgrundes (vgl. BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; SVR 2009 IV Nr. 57 S. 178 E. 3.2.1) und verfängt in beweisrechtlicher Hinsicht damit nicht, zumal sich die Revisionsgründe aus der mit der Krebserkrankung einhergehenden vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit nachfolgender (weitgehenden) Remission ergaben (vgl. E. 3.4 hievore bzw. E. 4.6 hienach). Vorderhand wäre ohnehin nicht ohne weiteres klar, ob überhaupt eine unterschiedliche Beurteilung vorliegt. Denn die Neurochirurgin wies zu Recht darauf hin, dass vergleichende Betrachtungen mit den Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit in den vorangehenden medizinischen Unterlagen – wenn überhaupt – nur sehr eingeschränkt möglich seien, da diese grösstenteils unscharf formuliert und teilweise auch widersprüchlich seien (vgl. act. II 87.1/34 lit. B). Damit nahm sie wohl Bezug auf die Einschätzung von Dr. med. C._____, wonach der Beschwerdeführerin «die bisherige Tätigkeit [...] weiterhin zugemutet werden» könne (act. II 49/6 lit. C Ziff. 2), welche ohne das Beiziehen weiterer Akten einen sehr beschränkten Aussagegehalt aufweist. Offenbar referenzierte Dr. med. C._____ auf das Gutachten der Klinik J._____ vom 20. Dezember 1993 (act. IIA 90.1/229-242), welches der Motorfahrzeugehaftpflichtversicherer im Zusammenhang mit dem Verkehrsunfall vom 7. Dezember 1984 in Auftrag gegeben hatte und in welchem entsprechend dem zuletzt tatsächlich ausgeübten Pensum eine «Erwerbsunfähigkeit» (richtig wohl: Arbeitsunfähigkeit) von 50 % attestiert worden war (vgl. act. IIA 90.1/241 Ziff. 5 bzw. 5a).

Schliesslich weist die gutachterliche Beurteilung der Dres. med. G._____ und H._____ auch eine hinreichende Aktualität auf, da weder den Akten zu entnehmen ist noch geltend gemacht wird, dass sich der Gesundheitszustand unter rein psychiatrischen oder neurochirurgischen Gesichtspunkten bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 24. Januar 2014 (act. IIB 139) verändert hätte.

4.4 Für die Zeit nach Februar 2013 nahm die Beschwerdegegnerin an, dass die von Dr. med. F._____ bescheinigte maximale Einschränkung von 30 % (vgl. act. IIB 104/1) in der seitens der Dres. med. G._____ und H._____ attestierten Restarbeitsfähigkeit aufgehe (vgl. act. IIB 105/4 Ziff. 3.7), während die Beschwerdeführerin dafür hält, dass diese Frage abklärungsbedürftig sei bzw. die aus onkologischer und neurochirurgischer Sicht postulierten Einschränkungen additiv zu berücksichtigen seien (vgl. Beschwerde S. 8 Ziff. 3 Ziff. 8; Replik S. 4 Ziff. III Ziff. 1). Beide Parteien haben im Rahmen des Beschwerdeverfahrens weitere medizinische Berichte ins Recht gelegt:

4.4.1 Im Bericht vom 18. Februar 2014 (act. I 3) gab Dr. med. F._____ gegenüber dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin an, vom 22. Dezember 2011 bis 31. August 2012 habe aufgrund der Krebstherapie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Eine schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit über zwei Monate bis zur Arbeitsfähigkeit bei Beginn der Mammakarzinom-Erkrankung sei anschliessend üblicherweise möglich. Bei der Beschwerdeführerin seien unter der antihormonellen Therapie mit Tamoxifen ausgeprägtere subjektive Nebenwirkungen in Form von Wallungen, vermehrtem Schwitzen mit ausgeprägtem Nachtschweiss und damit verbundene Schlafstörungen aufgetreten. Dadurch sei eine persistierende Arbeitsunfähigkeit von zirka 20 % bis 30 % (zusätzlich zur bereits vorbestehenden unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit) begründbar. Diese zusätzliche Reduktion der Arbeitsfähigkeit werde voraussichtlich mindestens bis zum Abschluss der antihormonellen Therapie im Sommer 2017 andauern. Nach Abschluss der besagten Therapie sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit durch die Brustkrebserkrankung nicht mehr beeinträchtigt sei.

4.4.2 Die RAD-Ärztin med. pract. K._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt den Ausführungen von Dr. med. F._____ in ihrer Stellungnahme vom 3. März 2014 (in den Verfahrensakten) hauptsächlich entgegen, die Beschwerdeführerin klage bei Lichte betrachtet über Symptome, wie sie auch bei Wechseljahrsbeschwerden/Klimakterium bei der Hälfte der Bevölkerung mehr oder weniger stark aufträten. Identische Symptome zu einer banalen Wechseljahrerkrankung könnten medizinisch nicht, nur weil sie durch Medikamente hervorgerufen würden, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen.

4.4.3 Dr. med. F._____ bestätigte am 25. April 2014 (vgl. act. I 5), dass es sich bei den angegebenen Beschwerden um einen Symptomenkomplex handle, welcher den Wechseljahrsbeschwerden in der Qualität identisch sei. Die Intensität der Beschwerden könne im Einzelfall jedoch deutlich über denjenigen der üblichen Wechseljahrsbeschwerden liegen. Da es sich um rein subjektive Beschwerden handle, sei eine Quantifizierung sowie die Beurteilung der potenziellen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sehr schwierig. Die Beschwerdeführerin habe vor Therapiebeginn nur unter sehr leichten perimenopausalen Beschwerden gelitten, weshalb die aktuelle und anhaltende subjektive Verschlechterung zum allergrössten Teil durch die Therapie mit Tamoxifen zu begründen sei. Es sei eine zusätzliche maximal 30%ige Reduktion der Arbeitsfähigkeit nicht auszuschliessen und begründbar.

4.5 In sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen ist es nicht allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall befassten Arztperson, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer Arbeitsunfähigkeit führt. Vielmehr nimmt sie zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab (vgl. BGE 140 V 193 S. 195 f. E. 3.2).

Zwar erlauben die von den Parteien ins Recht gelegten und erst nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung verfassten Berichte gewisse Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation, weshalb sie prinzipiell berücksichtigt werden können (vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Zu beachten ist indes, dass die Stel-

lungnahmen von Dr. med. F. _____ vom 18. Februar 2014 (act. I 3) und 25. April 2014 (vgl. act. I 5) zur Unterstützung seiner Patientin im Beschwerdeverfahren im Auftrag ihres Rechtsvertreters verfasst wurden, weshalb ihnen ein reduzierter Beweiswert beizumessen ist (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Hinzu kommt, dass die besagten Berichte des behandelnden Onkologen unberücksichtigt lassen, dass beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen sich deren erwerbliche Auswirkungen in der Regel überschneiden, sodass jedenfalls eine bloss Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder geschätzten Arbeitsunfähigkeitsgrade nicht zulässig ist (vgl. Urteil des EVG vom 30. Juni 2006, I 904/05, E. 3.4). So räumte er anfänglich denn auch ein, dass er lediglich die Einschränkung durch die Nebenwirkungen der endokrinen Therapie beurteilen könne (vgl. act. IIB 104/2 Ziff. 2). Am 25. April 2014 erklärte er überdies, dass eine zusätzliche Reduktion der Arbeitsfähigkeit «letztlich aber nicht auszuschliessen» sei (act. I 5), was mit Blick auf den massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) nicht hinreichend wäre. Es ist einleuchtend, dass insbesondere die von ihm beschriebenen Durchschlafprobleme geeignet sind, eine Tagesmüdigkeit hervorzurufen und damit eine negative Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit zu zeitigen. Es darf indes nicht ausser Acht gelassen werden und ist notorisch, dass die aus neurochirurgischer Sicht postulierte Reduktion der Präsenzzeit auf sechs Stunden täglich diesbezüglich kompensatorisch wirkt. Zudem bewirken nach Auffassung sowohl von Dr. med. F. _____ (vgl. act. I 5) als auch von med. pract. K. _____ (vgl. Stellungnahme vom 3. März 2014 [in den Verfahrensakten]) die üblichen Wechseljahresbeschwerden keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, weshalb lediglich die darüber hinausgehenden subjektiven Beschwerden zu beachten wären. Es ist primär vom letzten vor der angefochtenen Verfügung (act. IIB 139) verfassten Bericht von Dr. med. F. _____ vom 21. Februar 2013 (act. IIB 104) auszugehen, worin eine bloss *leichte* Beeinträchtigung beschrieben wurde, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht annahm, dass die aus onkologischer Sicht bloss allenfalls und höchstens im Umfang von 30 % bestehende Einschränkung

durch die insgesamt eingeschränktere neurochirurgische Arbeits- und Leistungsfähigkeit konsumiert wird (vgl. act. IIB 105/4 Ziff. 3.7).

4.6 Als Zwischenergebnis ist somit festzustellen, dass in medizinischer Hinsicht nach dem 21. Februar 2013 bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 24. Januar 2014 (act. IIB 139) eine Restarbeits- bzw. Leistungsfähigkeit gemäss der interdisziplinären Beurteilung der Dres. med. G._____ und H._____ (act. II 89) bestand. Zumutbar war somit ab diesem Zeitpunkt ein Rendement von sechs Stunden täglich an fünf Tagen pro Woche. Weil Dr. med. H._____ die Leistungseinschränkung in einer Bandbreite von 20 % bis 30 % angab, ist vom arithmetischen Mittel von 25 % auszugehen (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. August 2009, 9C_226/2009, E. 3.2). Damit lag zwischen der Rentenerhöhung per März 2012 und der Revisionsverfügung (act. IIB 139) ebenfalls eine wesentliche Änderung im Sinne eines Revisionsgrundes nach Art. 17 ATSG vor und durften bzw. dürfen der Rentenanspruch frei geprüft und die medizinische Einschätzung der Dres. med. G._____ und H._____ berücksichtigt werden.

Zu prüfen bleibt, wie sich diese medizinische Ausgangslage in erwerblicher Hinsicht auswirkt bzw. wie es sich mit der Einschränkung im Haushalt verhält.

5.

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

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und

allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

5.2

5.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

5.2.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). Übt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1).

5.3 Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, 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 Erwerbstätig-

keit beziehungsweise der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 125 V 146 E. 2a S. 150).

5.4 Die Beschwerdegegnerin ermittelte bei einem unbestrittenen Status von 80 % Erwerbstätigkeit und 20 % Haushalt anhand der gemischten Methode ab Dezember 2011 einen Invaliditätsgrad von 92 % und ab Februar 2013 einen solchen von 54 %. Für die Einschränkung im Erwerb ging sie vom Valideneinkommen in der Tätigkeit vor der Umschulung als Bereiterin gemäss Einkommensvergleich vom 2. März 1994 aus (vgl. act. IIA 90.1/225, 90.1/227), aufindexiert auf das Jahr 2011 bzw. 2012 (vgl. act. IIB 105/5 Ziff. 3.8), woraus ein Bruttojahreseinkommen von Fr. 63'292.05 im Jahr 2011 bzw. Fr. 63'924.-- im Jahr 2013 resultierte (Fr. 49'851.-- [vgl. act. IIA 90.1/225] / 2'051 x 2'604 bzw. 2'630 [vgl. Bundesamt für Statistik {BFS}, Tabelle T 39, Entwicklung der Nominallohne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, Frauen, Index Jahr 1994, 2011 bzw. 2012]). Für das Jahr 2011 wurde kein Invalideneinkommen und für das Jahr 2013 basierend auf der LSE 2010 ein solches von Fr. 26'889.63 ermittelt (Fr. 4'226.-- [BFS, LSE 2010, Tabelle TA1, Total, Anforderungsniveau 4, Frauen] x 12 Monate / 2'604 x 2'630 [BFS, Tabelle T 39, Entwicklung der Nominallohne, der Konsumentenpreise und Reallöhne, Frauen, Index Jahr 2011 bzw. 2012] x 70 % [Restarbeitsfähigkeit] ./ 25 % [Leistungsminderung]). Dass für das Invalideneinkommen im Jahr 2013 die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit [BUA], Total 2012) unberücksichtigt blieb und die Aufindexierung nicht vom Jahr 2011 (2'604 Indexpunkte), sondern von 2010 (2'579 Indexpunkte) erfolgte, wirkt sich im Ergebnis nicht aus und ist deshalb unerheblich. Ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1) war hier – entgegen der seitens der Beschwerdeführerin im Einwand vom 21. August 2013 (act. IIB 116/3 Ziff. 2.3) noch vertretenen Auffassung – nicht zu gewähren. Die leidensbedingte Einschränkung fällt bereits mit der verringerten Arbeits- und Leistungsfähigkeit zusammen. Zudem wäre die lange Abstinenz vom Arbeitsmarkt unter dem Merkmal (fehlender) Dienstjahre nicht zu berücksichtigen, da deren Bedeutung im privaten Sek-

tor abnimmt, je niedriger das Anforderungsprofil ist, und diesem Merkmal deshalb keine relevante Bedeutung zukommt (vgl. Entscheid des BGer vom 15. Januar 2009, 8C_586/2008, E. 4.3). Auch die weiteren möglichen Aspekte fallen hier offensichtlich nicht in Betracht.

Aus der Gegenüberstellung der jeweiligen Vergleichseinkommen ergeben sich Einschränkungen im Erwerb von 100 % (Fr. 63'292.-- ./ Fr. 0.-- / Fr. 63'292.-- x 100) bzw. 57.93 % (Fr. 63'924.-- ./ Fr. 26'890.-- / Fr. 63'924.-- x 100), was gewichtet zu Werten von 80 % (100 % x 0.8) und 46.34 % (57.93 % x 0.8) führt. Die unbeanstandet gebliebenen Einschränkungen im Haushalt betragen 60 % (Dezember 2011) und 36.5 % (Februar 2013) bzw. gewichtet 12 % (60 % x 0.2) und 7.3 % (36.5 % x 0.2). Aufgrund der daraus resultierenden Invaliditätsgrade von 92 % (80 % + 12 %) im Dezember 2011 und 54 % (46.34 % + 7.3 %) im Februar 2013, passte die Beschwerdegegnerin die bisherige Rente in Anwendung von Art. 88a Abs. 2 Satz 1 IVV bzw. Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV zulässigerweise per 1. März 2012 auf eine ganze bzw. per 1. März 2014 auf eine halbe Rente an.

Die angefochtene Verfügung vom 24. Januar 2014 (act. IIB 139) ist nach dem Dargelegten nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 24. Februar 2014 erweist sich 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Sie werden dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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