

200 14 241 IV
ACT/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. Juli 2014

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. Februar 2014

Sachverhalt:

A.

Die 1963 geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 8. November 2011 bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Daraufhin führte die IVB medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei liess sie die Versicherte insbesondere durch die C._____ interdisziplinär begutachten (AB 36.1; vgl. auch AB 38). Weiter liess sie eine Haushaltsabklärung durchführen (AB 40). Mit Vorbescheid vom 8. November 2013 (AB 41) stellte die IVB bei einem in Anwendung der gemischten Methode (70% Erwerb, 30% Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad von 22% die Abweisung des Leistungsbehrens in Aussicht, wogegen die Versicherte opponieren liess (AB 42 und 45). Mit Verfügung vom 10. Februar 2014 (AB 50) entschied die IVB wie im Vorbescheid angekündigt.

B.

Hiergegen liess die Versicherte mit Eingabe vom 10. März 2014 Beschwerde erheben mit folgendem Rechtsbegehren:

„Die Verfügung vom 10. Februar 2014 sei aufzuheben und die Sache sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese die medizinischen Abklärungen im Sinne der nachfolgenden Begründung vornehme.

- unter Kosten und Entschädigungsfolgen -“

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Eingabe vom 10. April 2014 auf 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 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 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 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 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 10. Februar 2014 (AB 50). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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). Er-

werbsunfähigkeit 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 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

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 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Was den Gesundheitszustand betrifft, kann den Akten folgendes entnommen werden:

3.1.1 Im Bericht vom 29. Dezember 2011 (AB 12/2) diagnostizierte Dr. med. Dr. phil. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches somatoformes und somatisches Schmerzsyndrom, eine Depression mit Verdacht auf eine zugrundeliegende Dysthymie, ein chronisches Ulkus cruris links sowie ein schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen und Analgetika (S. 2 Ziff. 1.1). Aktuell stehe die gehschmerzbedingte Invalidisierung wegen des vorübergehend erneut progredienten Ulkus cruris im Vordergrund. Gleichzeitig stehe aktuell die Reduktion bzw. das Absetzen der Benzodiazepine und Analgetika an, wobei die Opiat-Medikation zwischenzeitlich habe abgesetzt werden können. Vorübergehend sei die Beschwerdeführerin auch als Hausfrau voll arbeitsunfähig. Die somatischen und somatoformen Schmerzen seien aktuell bei ausgesprochener Aktivitätseinschränkung unterhalb der subjektiven Schmerzschwelle, würden aber bereits durch alltägliche Aktivitäten (wie Ausziehen des Stützstrumpfes, Abtrocknen nach dem Duschen) teils wieder provoziert. Längerdauernde, gleichförmige Aktivitäten seien ohne Schmerzauslösung aktuell nicht möglich (S. 3 Ziff. 1.4). Sie sei seit mindestens 2004 und bis auf weiteres als Hausfrau und Mutter sowie ... zu 100% arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Einschränkungen bestünden durch das somatische und somatoforme Schmerzsyndrom, intermittierend von depressiven Episoden begleitet (möglicherweise bei zugrundeliegender Dysthymie; S. 4 Ziff. 1.7).

3.1.2 Im Bericht der Universitären Psychiatrischen Dienste E. _____ vom 12. Januar 2012 (AB 25/2) wurden neben einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) ein Benzodiazepine-Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F13.25), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), und eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) diagnostiziert (S. 1). Im psychopathologischen Befund würden sich neben leichten Einschränkungen der Aufmerksamkeit und Konzentration Schwierigkeiten bei der Einhaltung geregelter Tagesabläufe und Gedächtnisstörungen zeigen. Seit Anfang

2008 bestünde ein ständiger Substanzkonsum vom Zolpidem, wobei es sukzessive zur Dosissteigerung gekommen sei. Anamnestisch fänden sich Hinweise für eine Dysthymie; die Beschwerdeführerin berichte von einer chronischen und andauernden depressiven Verstimmung seit ihrer Kindheit. Aktuell bestehe zumindest ein leichtes depressives Syndrom, das medikamentös behandelt werde. Aufgrund der Anamnese, des klinischen Eindrucks sowie der Abklärungen seien die Kriterien für eine Störung der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität mit Symptomen aus den beiden Bereichen (Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit) nach ICD-10 erfüllt. Abschliessend könne jedoch keine definitive Aussage über den Schweregrad der Störung gemacht werden, insbesondere da kognitive Beeinträchtigungen auch durch die Zolpidem-Einnahme erklärbar seien (S. 1 f.).

3.1.3 Im interdisziplinären Gutachten der C. _____ vom 19. März 2013 (AB 36.1) wurden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert: Ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit belastungsabhängiger Schmerzausstrahlung ins rechte Bein (ICD-10 M54.5), ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.1), diskrete Schulterschmerzen rechts mit geringer Beweglichkeitseinschränkung (ICD-10 M25.52) sowie beginnende Gonarthrosen links mehr als rechts (ICD-10 M17.0). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden unter anderem die Verdachtsdiagnose eines Alkoholabhängigkeitssyndroms ohne körperliche Symptome (ICD-10 F10.8), anamnestisch phasenweise in der Jugend, eine anamnestische Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika (ICD-10 F13.8) mit unsicherer Abstinenz, anamnestisch eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.8), nicht näher spezifiziert, sowie die Verdachtsdiagnose einer einfachen hyperkinetischen Störung (ICD-10 F90.8), nicht näher spezifiziert, diagnostiziert (S. 21 Ziff. 6.1 f.).

Aus psychiatrischer Sicht liesse sich aus den Akten sowie der Anamnese und Untersuchung zum jetzigen Zeitpunkt eine allfällig zugrunde liegende psychiatrische Störung / Störungen nicht klar diagnostizieren. Die aktuellen Symptome seien weitgehend durch die Sucht erklärt, könnten aber auch durch dahinter liegende Störungen verursacht sein. Die Psychopathologie von Sucht, affektiven Störungen und ADH lägen zum Teil eng beieinander und dürften sich hier vermischen. Aufgrund des aktuellen klinischen Ein-

drucks erscheine die Arbeitsfähigkeit derzeit für eine den körperlichen Beschwerden angepasste Tätigkeit nicht eingeschränkt. Es sei davon auszugehen, dass die vermutete zugrunde liegende psychische Störung durch den Suchtmittelgebrauch ein Stück weit kaschiert werde, im Sinne eines zwar vordergründig funktionierenden, mittel-/langfristig jedoch schädlichen „Selbsttherapieversuchs“ durch Substanzabusus. Wenn der beschriebene Konsum aufhöre, könne sich klinisch-psychiatrisch zeigen, wie die Funktionseinschränkungen in angestammter Tätigkeit und Verweistätigkeit tatsächlich seien. Die aktuell kaschierte Problematik könne sich unter einem Entzug in verschiedene Richtungen entwickeln. Es sei denkbar, dass die Beschwerdeführerin unter Abstinenz psychopathologisch unauffällig werde und in angepasster Tätigkeit weiterhin eine verwertbare Arbeitsfähigkeit verbleibe. Oder es würden sich zugrundeliegende psychiatrische Störungen zeigen, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen würden. Deshalb werde eine stationäre Diagnostik und Therapie in einer geeigneten Einrichtung empfohlen mit einer Re-Evaluation nach etabliertem Entzug (S. 15 f.).

Aus rheumatologischer Sicht stünden die beklagten deutlichen Schmerzen an den verschiedenen Regionen und eine ausgeprägte de facto-Invalidisierung im Alltag in Kontrast zum gutachterlichen Befund einer weitgehend uneingeschränkten Motilität und einer nur geringen muskuloskelettären Einschränkung in der aktuellen gutachterlichen Untersuchung. Diese Diskrepanz sei mit dem Einwirken nicht-muskuloskelettärer Faktoren auf Schmerzperzeption und de facto-Behinderungsentwicklung zu erklären, wie es auch in den Akten in Form des diagnostischen Etiketts einer „chronischen Schmerzstörung“ und dann zusätzlicher psychiatrischer Diagnosen festgehalten sei. Eine früher etikettierte generalisierte Gelenkshypermobilität lasse sich derzeit nicht objektivieren. Die muskuloskelettären Veränderungen rechtfertigten für angepasste körperliche Tätigkeiten kaum eine höhergradige Invalidisierung und erklärten die de facto-Erwerbsunfähigkeit und die anamnestisch fassbare hochgradige Dekonditionierung im Alltag nicht (S. 18 f.). Unter der Annahme, dass eine ...-Tätigkeit vorwiegend sitzend mit leicht inkliniertem Oberkörper stattfindet und vermehrte muskuläre Haltearbeit im Schultergürtel-/Nackebereich bedinge, scheine eine Restarbeitsfähigkeit in dieser Tätigkeit von höchstens 50% zuerkennbar zu sein.

Die Reduktion gegenüber einem Vollpensum sei zu begründen mit einer verminderten Nacken- und Schultergürtelbelastbarkeit, mit erhöhter Pausennotwendigkeit, mit vermehrter Erholungszeit und mit geringerer Leistungsgeschwindigkeit aufgrund der muskuloskelettären Veränderungen zervikal, an der rechten Schulter und auch lumbal (limitierte Sitzdauer). Was eine allfällige Verweistätigkeit betreffe, sei aus isoliert muskuloskelettärer Sicht aufgrund der mehrfach degenerativen Veränderungen des Bewegungsapparates für optimal angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80% zuzuerkennen. Die Reduktion gegenüber einem Vollpensum sei zu begründen mit einer etwas verlangsamten Leistungsgeschwindigkeit aufgrund von Schmerzen an den verschiedenen degenerativen veränderten Körperregionen mit Notwendigkeit zum Einnehmen von Entlastungsstellungen und schmerzbedingten Pausen. Das zumutbare Tätigkeitsprofil sei körperlich leicht, kein Stossen, Heben oder Ziehen von Lasten mehr als 3-5 kg, keine Tätigkeiten ohne Möglichkeit zum Wechseln der Körperposition, kein anhaltendes Sitzen oder Stehen länger als 15-20 Minuten, keine gehäuft überkopf zu verrichtenden Tätigkeitsanteile, keine knienden, kauernenden oder repetitiv Treppen- und Stufen-benutzenden Tätigkeiten und keine gebückten oder wiederholt Oberkörper-rotierenden Tätigkeiten (S. 19).

Aus dermatologischer Sicht leide die Beschwerdeführerin an einem lokalisierten postthrombotischen Syndrom. Aufgrund rezidivierender Ulcera bestehe eine chronisch venöse Insuffizienz Grad III. Sie sei voll arbeitsfähig mit der Bedingung einer weiterhin konsequent durchgeführten Kompressionstherapie der Klasse 2 oder 3, mit Einlage einer Pelotte über dem Malleolus medialis links. Zudem sollte sie einer Tätigkeit nachgehen können, welche über den Tag die Möglichkeit zur Hochlagerung des Beines für ca. drei Mal zehn Minuten erlaube. Eine rein stehende oder sitzende Tätigkeit sei eher ungünstig (S. 20).

Gemäss der interdisziplinären Gesamtbeurteilung seien die chronischen Schmerzen am ganzen Körper das Hauptproblem. Darüber habe die Beschwerdeführerin in der somatischen Untersuchung geklagt, nicht jedoch in der psychiatrischen. In Bezug auf die Relevanz für die Arbeitsfähigkeit stehe die rheumatologische Beurteilung im Vordergrund (S. 23). Auch wenn

ein gewisser Teil der körperlichen Schmerzen erklärbar erscheine, gehe das Ausmass der geklagten Schmerzen und der dadurch begründeten Einschränkung jeder Aktivität deutlich über das somatisch Erklärbare hinaus (S. 24). Bei der aktuellen psychiatrischen Untersuchung hätten die Schmerzen gar nicht im Vordergrund gestanden, weshalb insgesamt die über die somatisch nachvollziehbar hinausgehenden Anteile heute im Sinne einer Symptomausweitung im Rahmen der diversen psychischen Probleme zu interpretieren seien, aber nicht als eigenständige psychiatrische Krankheit (Schmerzstörung) im engeren Sinne. Die früher diagnostizierte Depressivität könne aktuell nicht festgestellt werden. Im Vordergrund der aktuellen psychiatrischen Beurteilung stehe der vermutlich fortgesetzte (wenn auch eher bagatellierte) Substanzgebrauch (S. 24). Was die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit aus interdisziplinärer Sicht betrifft, werden die entsprechenden Beurteilungen im rheumatologischen Teilgutachten (S. 19) wiedergegeben (S. 25).

3.1.4 Am 25. April 2013 verfasste das C._____ eine ergänzende Stellungnahme (AB 38). Danach sei seit Jahren ein Suchtmittelkonsum dokumentiert (Zolpidem = Schlafmittel). Ihren eigenen Angaben zu Folge konsumiere die Beschwerdeführerin nun Alkohol. Das psychiatrische klinische Bild passe dazu. Beweisen lasse es sich nicht (Laborwerte). Ob eine relevante psychiatrische Störung zum Konsum geführt habe, lasse sich vermuten, aber nicht sicher sagen. Sie habe in der Jugend bereits eine Phase von Alkoholkonsum gehabt. Die klinische Symptomatik lasse sich mit dem Konsum erklären. Ob eine allfällige zu Grunde liegende psychiatrische Störung einen relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, liesse sich erst mit einem längeren Aufenthalt in einer geeigneten psychiatrischen Einrichtung, die auf Suchterkrankungen spezialisiert sei, feststellen.

3.1.5 Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte im RAD-Bericht vom 8. Januar 2014 (AB 47) aus, zusammenfassend würden sich aus psychiatrischer Sicht keine Anhaltspunkte für relevante Beeinträchtigungen auf Grund des angegebenen Konsums von Alkohol und keine Anhaltspunkte für einen Konsum von Zolpidem (zum Zeitpunkt der Begutachtung) ergeben. Es möge zwar eine gewisse Unsicherheit bei der Stellung der Diagnosen resultieren, weshalb nachvollzieh-

bar sei, dass teilweise Verdachtsdiagnosen geäussert worden seien, entscheidend seien jedoch die funktionellen Beeinträchtigungen. Insofern sei die Angabe, wonach aus psychiatrischer Sicht auf Grund der klinischen Untersuchungsergebnisse die Arbeitsfähigkeit für eine den körperlichen Beschwerden angepasste Tätigkeit nicht eingeschränkt sei, plausibel. Es liege aus psychiatrischer Sicht des RAD gegenwärtig keine zwingenden Indikationen für eine erneute psychiatrische Begutachtung vor (S. 4).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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). 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 Beweiswürdigung 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).

3.3 Das Gutachten der C._____ vom 19. März 2013 (AB 36.12) sowie die Ergänzung vom 25. April 2013 (AB 38) vermögen nicht zu überzeugen.

3.3.1 Der psychiatrische Teil der Expertise (S. 13 ff. Ziff. 5.1) ist widersprüchlich. Einerseits gibt Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH an, dass sich aus den Akten, der Anamnese und der Untersuchung „die tatsächliche psychiatrische Problematik nicht sicher feststellen“ lasse und es dringend notwendig sei, eine konsequente stationäre Sucht-Therapie durchzuführen, um unter stationären Bedingungen die „allfälligen vorliegenden psychiatrischen Störungen ... zu erfassen und behandeln“ (S. 15). Andererseits nimmt er trotzdem eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor (S. 15 f.). Dieser Widerspruch wird auf das Gesamtgutachten übertragen (S. 27 Ziff. 7.7, Frage 3) und auch in der Stellungnahme vom 25. April 2013 (AB 38) nicht gelöst, sondern vielmehr bestätigt. Dass sich der psychiatrische Experte bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf den klinischen Eindruck stützt (S. 15), vermag den Widerspruch nicht aufzulösen, denn es wird nicht ausgeführt, dass die Klinik entscheidend und damit die vorher angesprochenen Problematik nicht wesentlich sei. Der Gutachter spricht denn auch davon, dass die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt „erscheint“ (S. 15). Dr. med. E._____ führt im RAD-Bericht vom 8. Januar 2014 zwar aus, dass sich „keine Anhaltspunkte für relevante Beeinträchtigungen“ wegen Alkohol- resp. Zolpidemkonsums fänden (AB 47/4), was sich insoweit mit dem klinischen Eindruck des Gutachters hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit deckt. Jedoch geht es bei der hier offenen Frage nicht darum, ob die Sucht eine Einschränkung zur Folge hat, sondern ob die Sucht die Problematik verdeckt („kaschiert“; AB 36.1/26 Ziff. 7.5), welche ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken kann. Es kann deshalb auch nicht auf den Bericht von Dr. med. E._____ abgestellt werden.

3.3.2 Weiter fällt in somatischer Hinsicht auf, dass im Abklärungsbericht Haushalt vom 11. Oktober 2013 (AB 40/2 Ziff. 1) eine im Mai 2013 erfolgte Hüftoperation erwähnt wird, welche nach der Begutachtung durch die C._____ im Herbst 2012 (AB 36.1/2) datiert und die damit auch nicht in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden ist.

3.3.3 Zudem zeigen neben dem Gutachten der C._____ vom 19. März 2013 (AB 36.1) sowie der Ergänzung vom 25. April 2013 (AB 38) auch die übrigen medizinischen Berichte kein schlüssiges Bild des Gesundheitszustandes auf.

3.4 Zusammenfassend ergibt sich, dass mangels genügender medizinischer Grundlagen nicht über den Rentenanspruch entschieden werden kann. Somit ist die Beschwerde gutzuheissen und die Sache geht antragsgemäss (Beschwerde, S. 2) zurück an die Verwaltung, damit sie die medizinischen Fragen kläre sowie - wenn notwendig - eine neue Abklärung im Haushalt durchführe und anschliessend über den Rentenanspruch neu verfüge. Die Frage des Status stellt sich somit zum jetzigen Zeitpunkt nicht und kann daher vom angerufenen Gericht offen gelassen werden.

4.

4.1 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.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt B._____ vom 17. April 2014 wird die Parteientschädigung auf Fr.

3'500.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 39.10 und Mehrwertsteuer von Fr. 283.10, somit auf total Fr. 3'822.30, festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 10. Februar 2014 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'822.30 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin (samt eingereichten Akten)
 - IV-Stelle Bern (samt eingereichten Akten)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Hinweis: *Im Falle einer Anfechtung dieses Entscheides sind die Akten dem Bundesgericht zuzustellen.*

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.