

200 14 398 IV
LOU/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. August 2015

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Fürsprecherin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. März 2014



Sachverhalt:

A.

Die 1969 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Januar 2007 unter Hinweis auf seit 2003 bestehende rheumatoide Arthritis, depressive Verstimmung und ein Burnout erstmals bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1; vgl. auch AB 5); dieses Leistungsbegehren zog sie im April 2007 zurück, da es ihr besser ging (AB 10; vgl. auch AB 12).

Im April 2010 meldete sie sich unter Hinweis auf dieselben gesundheitlichen Beeinträchtigungen und eine 2007 begonnene psychiatrische Behandlung erneut zum Leistungsbezug an (AB 15; vgl. auch AB 22, 26 und 46). Die IVB veranlasste nach ersten erwerblichen und medizinischen Abklärungen (AB 20 ff.) ein Belastbarkeitstraining ab 29. November 2010 (AB 30/2), welches die Versicherte aufgrund körperlicher Beschwerden per 20. Januar 2011 abbrach (AB 40). Gegen die mit Vorbescheid vom 9. Februar 2011 in Aussicht gestellte (AB 41) und am 31. März 2011 verfügte Beendigung der beruflichen Massnahmen (AB 42) erhob die Versicherte Beschwerde (AB 43), welche sie in der Folge zurückzog (vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 2. September 2011, IV/2011/414 [AB 54]). Parallel dazu führte die IVB weitere Erhebungen durch (AB 46 ff.), in deren Rahmen sie insbesondere eine rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung (rheumatologisches Gutachten vom 15. Dezember 2012 [AB 79.1], psychiatrisches Gutachten vom 27. Dezember 2012 mitsamt interdisziplinärer Beurteilung [AB 80.1] und Präzisierung vom 18. Januar 2013 [AB 81]) und eine Abklärung der Verhältnisse im Haushalt (Bericht vom 6. März 2013 [AB 82] gestützt auf einen Bericht vom 15. März 2012 [AB 62]) einholte. Mit Vorbescheid vom 25. März 2013 stellte sie der Versicherten in Anwendung der gemischten Methode (60% Erwerb und 40% Haushalt; vgl. AB 82/6) eine vom 1. November 2010 bis 29. Februar 2012 befristete Rente (bei einem Invaliditätsgrad von zunächst 70% und später 85%) und hiernach keine Rente (aufgrund eines Invaliditätsgrads von noch 4%) in Aussicht (AB 84). Auf Einwand hin (AB 85 und 91) holte

die IVB eine Stellungnahme des Abklärungsdienstes (AB 95) ein und verfügte alsdann am 14. März 2014 wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt (AB 102).

B.

Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch Fürsprecherin B._____, am 28. April 2014 Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei dahingehend aufzuheben, als ihr gestützt auf die ab 1. Dezember 2011 gültige Invaliditätsbemessung auch für die Zeit ab 1. März 2012 eine volle, in der Höhe noch zu berechnende Invalidenrente zuzusprechen sei, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung liess sie im Wesentlichen vorbringen, die eingeholten Gutachten (AB 79.1 f.) seien nicht schlüssig, weshalb ein interdisziplinäres Zweit- bzw. Obergutachten zu veranlassen und ein Belastbarkeitstraining unter Berücksichtigung der von Seiten der Gutachter behaupteten möglichen Tätigkeit als ... durchzuführen sei. Stossend sei sodann, dass der neue Abklärungsbericht Haushalt (AB 82) einzig aufgrund der beiden Gutachten (AB 79.1 f.) ergänzt worden sei und keine Abklärung vor Ort stattgefunden habe; deshalb sei ein neuer Abklärungsbericht mitsamt einer Abklärung vor Ort in Auftrag zu geben. Wäre sie tatsächlich wieder gesund geworden, wäre sie voll erwerbstätig, zumal die Gesundung im Zusammenhang mit dem Verzicht auf das Sorgerecht zu sehen sei. Sie sei aus gesundheitlichen Gründen seit Jahren nicht fähig gewesen, ein Einkommen zu realisieren, das ihrer Ausbildung entspreche, weshalb allenfalls auf das theoretisch realisierbare Einkommen als ... mit absolvierter höherer Fachschule für ... abzustellen sei. Auch in Bezug auf eine Tätigkeit als ... sei sie voraussichtlich nicht mehr arbeits- bzw. erwerbsfähig.

Mit Beschwerdeantwort vom 30. Mai 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 17. August 2014 hielt die Beschwerdeführerin an den Ausführungen in der Beschwerde fest und reichte Auszüge aus diversen Gutachten, Berichten und Beschlüssen betreffend Obhuts- und Sorgerechtszuweisung ihrer Kinder ein, denen gemäss sie aus gesundheitlichen Gründen

nicht in der Lage sei, die Obhut über ihre Kinder auszuüben (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 9)

Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 2. September 2014 auf eine Duplik.

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 Angefochten ist die Verfügung vom 14. März 2014 (AB 102). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine IV-Rente hat und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch über den 29. Februar 2012 hinaus zu Recht verneint hat. Mit der rückwirkenden Zusprechung einer befristeten Invalidenrente wird ein

Rechtsverhältnis im anfechtungs- und streitgegenständlichen Sinne geregelt. Wird nur die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert blieben (BGE 125 V 413).

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

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

2.

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

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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).

Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 darauf abgestellt, in wel-

chem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode; BGE 125 V 146 E. 2a S. 149).

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 Erwerbstätigkeit 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).

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.6 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 Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die

Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. 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; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.1).

3.

3.1 Zunächst ist die Frage zu prüfen, ob der anspruchserhebliche Sachverhalt umfassend abgeklärt ist und die medizinischen Akten eine hinreichend schlüssige Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlauben. Diesbezüglich finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

3.1.1 Bei der Beschwerdeführerin liegt ein Status nach Lungenembolie im Dezember 2004 mit sekundärer, nosokomialer Pneumonie (Dezember 2005) ohne nachweisbare Risikofaktoren vor (vgl. AB 9/7 ff., 9/15, 9/27).

3.1.2 Die Klinik C._____ diagnostizierte im Bericht vom 7. Oktober 2005 (AB 9/5 f.) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21). Es hätten (nebst somatischen Symptomen) Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsstörungen und Stimmungsschwankungen bestanden. Damals bestand eine Arbeitsunfähigkeit von 30%.

3.1.3 Gemäss Bericht des Spitals D._____ vom 23. Februar 2007 (AB 5) wirkten sich zu dieser Zeit eine rheumatoide Arthritis sowie eine depressive Verstimmung und ein Burnout, alles bestehend seit 2003, auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die psychische Belastbarkeit sei vermindert gewesen und die Beschwerdeführerin habe sich schlecht konzentrieren können. Aus rein rheumatologischer Sicht sei die Tätigkeit als ... grundsätzlich zu 70% möglich gewesen; darüber hinausgehende Einschränkungen wären von psychiatrischer Seite zu beurteilen gewesen.

3.1.4 Der damals behandelnde Psychiater med. pract. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Be-

richt vom 13. August 2010 (AB 26) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) bei anhaltender psychosozialer Belastungssituation (ICD-10 Z60.4, Z60.5), akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) mit ausgeprägter Leistungsorientierung und deutlicher Selbstwertproblematik bei ängstlich-depressiver Grundstruktur sowie eine rheumatoide Arthritis. Erste Krankheitsschübe der Depression seien schon im frühen Erwachsenenalter aufgetreten, eine erste kurze psychiatrische Behandlung (mit Medikation) sei nach dem Suizid des Vaters (1992) erfolgt. Zu einer ersten (eigentlichen) Depression (Erschöpfungsdepression im Rahmen eines Burnouts) sei es 2004 gekommen. Vorangegangen seien schwere Schmerzzustände während der Schwangerschaft mit der Tochter (2002), von denen sich die Beschwerdeführerin nie erholte. 2003 sei zu den chronischen Schmerzen eine zunehmende Verschlechterung des familiären Klimas dazugekommen. Die Beschwerdeführerin habe sich mit der Depression ohne Behandlung durch den Alltag geschleppt, bis im Dezember 2004 eine Hospitalisation wegen einer Lungenembolie (vgl. E. 3.1.1 hiervor) notwendig geworden sei; dabei sei auch eine Anmeldung im psychiatrischen Ambulatorium erfolgt, das die psychiatrische Behandlung bis zur Genesung übernommen habe (vgl. E. 3.1.2 hiervor). Im Jahr 2006 sei es bei immer extremeren Schmerzen (vgl. E. 3.1.3 hiervor) und neu chronischen Schlafproblemen zu einer zweiten Depression gekommen. Im Sinne einer Selbstmedikation habe die Beschwerdeführerin begonnen, abends zwei bis drei Gläser Wein zu trinken, damit sie schlafen könne. Eine fachärztliche Behandlung sei ab Anfang 2007 erfolgt. Die Beschwerdeführerin habe sich erneut erholen können und sei wieder arbeitsfähig geworden; den übermässigen Alkoholkonsum habe sie relativ schnell wieder beendet. 2008 sei es zu mehreren starken Rheumaschüben gekommen und die Schwierigkeiten mit dem Ehemann betreffend Sorgerecht der Kinder hätten massiv zugenommen; die Beschwerdeführerin habe ihre dritte depressive Episode entwickelt, die anhalte. Im April 2008 habe sie ihre Arbeit aufgeben müssen. Gegen Ende 2008 habe sie erneut begonnen, vermehrt Alkohol zu trinken (bis eine Flasche Wein pro Tag). Im November 2009 sei deshalb ein Alkohol-Entzug erfolgt. Seit Behandlungsbeginn (13. Oktober 2009) sei sie abgesehen von kurzen Arbeitseinsätzen zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Bei der aktuell protrahiert verlaufenden Epi-

sode spielten die Depression, die sozialen Schwierigkeiten und die Schmerzen der rheumatischen Erkrankung ineinander; um eine deutliche Besserung der depressiven Symptomatik zu erzielen, müssten zuerst Lösungen für die psychosozialen Probleme gefunden werden. Die bisherige Tätigkeit sollte durch die Beschwerdeführerin nicht mehr ausgeführt werden. Ein Teilpensum wäre ihr theoretisch zwar zuzumuten (in der Grössenordnung von vermutlich 40 bis 60%), die Leistungsfähigkeit wäre jedoch deutlich reduziert (auf 60 bis 80%).

3.1.5 Gemäss Bericht Belastungstraining in der Abklärungsstelle F._____ vom 24. Januar 2011 (AB 40) habe die Beschwerdeführerin einerseits genau und zuverlässig gearbeitet, sie sei aber andererseits schlecht motiviert und oft krank gewesen. Sie habe insgesamt nur gut die Hälfte der Zeit in der Einrichtung gearbeitet und schliesslich keine Möglichkeit mehr gesehen, aufgrund ihrer körperlichen Beschwerden die Massnahme weiterzuführen.

3.1.6 Mit Bericht vom 5. September 2011 (AB 57) diagnostizierte das Spital D._____ eine rheumatische Arthritis (seit 2003), eine Depression und eine bilaterale Lungenembolie Unterlappen beidseits, postoperativ (September 2010). Aus rein rheumatologischer Sicht resultierte (auch in Bezug auf die Tätigkeit als ...) eine Arbeitsunfähigkeit von 30%. Von der beruflichen Qualifikation her bestünden bereits optimale Voraussetzungen.

3.1.7 Die die Beschwerdeführerin nunmehr psychiatrisch behandelnde Dr. med. G._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 8. September 2011 (AB 55) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), Probleme in Verbindung mit der sozialen Umgebung, belastende Lebensumstände (ICD-10 Z60.4, Z60.5, Z63.8), akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), ängstlich depressive Grundstruktur, deutliche Selbstwertproblematik, Leistungsorientierung sowie rheumatische Arthritis. Es lägen wiederholte depressive Episoden und episodenhaft übermässiger Alkoholkonsum im Sinne von Selbstmedikation vor. Die körperlichen Schmerzen und die psychische Verfassung stünden im klaren Zusammenhang. Es sei der Beschwerdeführerin nicht gelungen, regelmässig zu arbeiten. Vom

7. März bis 8. September 2011 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden.

3.1.8 Dr. med. H. _____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie und Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), erachtete die Beschwerdeführerin im Bericht vom 2. November 2011 (AB 59) für die Arbeit als ... seit Jahren als vollständig arbeitsunfähig. Sie habe Denkblockaden, sei verlangsamt und habe kognitive Einbussen wegen der Depression. In einer angepassten Tätigkeit sei sie nur in vermindertem Umfang arbeitsfähig. Es sei theoretisch von einer Restarbeitsfähigkeit von 70% mit einer Leistungsminderung von 20 bis 40% auszugehen; derzeit sei sie nur an einem geschützten Arbeitsplatz als arbeitsfähig zu beurteilen.

3.1.9 Gemäss Bericht der Privatklinik I. _____ vom 20. Januar 2012 (AB 60) war die Beschwerdeführerin aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode vom 21. Oktober bis 1. Dezember 2011 hospitalisiert. Es bestehe eine langjährige depressive Erkrankung mit einmaligem Klinikaufenthalt in der Klinik J. _____ im November 2009. Nach den Sommerferien 2011 habe sie sich im Kriseninterventionszentrum in ... melden müssen. Aktuell befinde sie sich in einem noch sehr erschöpften, traurigen und angespannten Zustand mit ausgeprägter innerer Unruhe und Angst. Im Hintergrund stehe eine psychosoziale Belastungssituation mit bevorstehender Scheidung vom seit vier Jahren getrennt lebenden Ehemann. Zudem bestehe die Gefahr, dass man ihr das Sorgerecht für die beiden Kinder wegnehmen wolle. Im Verlauf sei es ihr gelungen, sich tendenziell von der als sehr belastend erlebten familiären Problematik zu lösen. Ihre anfangs noch stark imponierende gedankliche Inkohärenz sei allmählich einem geordneten und zielgerichteten Vorgehen gewichen. Sie sei zwar kurz entschlossen, aber bei guter Stimmung aus der Klinik ausgetreten.

3.1.10 Mit Verlaufsbericht vom 27. Februar 2012 (AB 61) ging die behandelnde Psychiaterin unter Hinweis auf das unter E. 3.1.9 hiavor Ausgeführte von einem verschlechterten Gesundheitszustand aus und attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 7. März 2011 bis 27. Februar 2012. Aktuell bestehe wegen Erschöpfung, Müdigkeit, Angst und Unkonzentriertheit keine Möglichkeit, einer regelmässigen Arbeit nachzugehen. Selbstständiges

Arbeiten sei nicht möglich und im Haushalt sei sie auf die Hilfe von anderen angewiesen.

3.1.11 Im rheumatologischen Teilgutachten vom 15. Dezember 2012 (AB 79.1) diagnostizierte Dr. med. K._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie FMH, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rheumatoide Arthritis (seit 2003) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Lumbovertebralsyndrom sowie eine Fibromyalgie; weiter erwähnte er als nicht rheumatologische Diagnosen einen Status nach zweimal Lungenembolien 1993 und 2004, chronisch rezidivierende Sinusitis und Bronchitiden/Pneumonien, einen Status nach abdominaler Hysterektomie am 10. Juni 2010, Nikotinabusus und einen Alkoholabusus im Oktober 2009, nunmehr stationärer Alkoholentzug. Wegen der rheumatoiden Arthritis sei die Beschwerdeführerin vor allem mit den Handgelenken beeinträchtigt. Die Krankheitsaktivität der rheumatoiden Arthritis führe in der Regel auch zu Allgemeinsymptomen wie Müdigkeit, Erschöpfung und Morgensteifigkeit. Deshalb sei auch bei geringer körperlicher Belastung wie bei der Arbeit als ... eine mässige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Die bisherige Tätigkeit sei täglich noch zu 70% bzw. 5.95 Stunden/Tag ohne zusätzliche Einschränkungen der Leistungsfähigkeit zumutbar. Alternativ könnte ein höheres Pensum bei reduziertem Arbeitstempo gewählt werden. Dies stimme mit den Einschätzungen der rheumatologischen Universitätsklinik Bern überein (vgl. E 3.1.2 und 3.1.7 hiervor).

3.1.12 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 27. Dezember 2012 (AB 80.1) bestätigte Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die schon früher gestellten Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig mittelgradiger Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) bei – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – akzentuierten (histrionischen) Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) und Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1). Anamnestisch liessen sich anlässlich der aktuellen Untersuchung die Symptome der Schlafstörung, der Alpträume, der verminderten Energie, der schnelleren Ermüdbarkeit, der Lärmintoleranz, der zeitweise traurigen Stimmung, der agoraphoben Ängste, der z.T.

panikartigen Ängste mit Schweissausbrüchen, Atemnot, Herzrasen, der morgendlichen Übelkeit sowie des geringen Selbstvertrauens nachweisen. Diese Symptome erfüllten die Kriterien zur Diagnosestellung einer ängstlich gefärbten depressiven Episode. In der aktuellen Untersuchung hinterlasse die Beschwerdeführerin, vor allem zu Beginn, einen ängstlichen und unsicheren Eindruck, die Stimmung sei weinerlich und bedrückt. Im Verlaufe des Gesprächs komme es zu einer gewissen Stimmungsaufhellung. Die affektive Modulationsfähigkeit und die Vitalität seien eingeschränkt. Die subjektiv geklagte Müdigkeit und schnellere Ermüdbarkeit sowie die verminderte Konzentrationsfähigkeit liessen sich klinisch nicht feststellen. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren sei der Schweregrad der Depression als mittelgradig zu beurteilen. Aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2004 immer wieder unter depressiven Episoden gelitten habe, sei in diagnostischer Hinsicht insgesamt von einer rezidivierenden, ängstlich gefärbten depressiven Episode mit, seit dem Jahr 2008, chronischem Verlauf und aktuell mittelgradiger Episode und somatischem Syndrom auszugehen. Die psychosoziale Funktionsfähigkeit in der Beziehung mit ihren beiden Kindern und ihren vier kollegialen Freunden und ihren zwei Freundinnen sei als intakt zu beurteilen. Die seinerzeit in der Privatklinik I. _____ (vgl. E. 3.1.9 hiavor) festgestellten Beschwerden liessen sich heute klinisch nicht mehr feststellen. Die Angaben der Beschwerdeführerin in der aktuellen Untersuchung seien nicht immer konsistent; es lasse sich auch eine gewisse histrionische Ausgestaltungstendenz erkennen. Die psychophysische Belastbarkeit sei als vermindert zu beurteilen; andererseits liessen sich aber auch Ressourcen und Fähigkeiten erkennen. Ihre Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei nicht als beeinträchtigt zu beurteilen, ebenso wenig ihre Selbstbehauptungsfähigkeit. Auch die Fähigkeit zur Selbstpflege sei als nicht beeinträchtigt, die Verkehrsfähigkeit hingegen als weitgehend intakt zu beurteilen. Aufgrund der genannten Beschwerden sei die Durchhaltefähigkeit wie auch die Flexibilität und Umstellfähigkeit und die Anwendung fachlicher Fähigkeiten indes als mittelgradig beeinträchtigt zu beurteilen. Auch die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten und die Gruppenfähigkeit seien in gleichem Ausmass beeinträchtigt. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren sei aus psychiatrischer Sicht seit April 2008 die Tätigkeit als ... als nicht mehr zumutbar zu betrachten und seit Dezember 2011 sei von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer alterna-

tiven Tätigkeit aus rein psychiatrischer Sicht von 40% auszugehen. Eine zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit bestehe nicht. Von August 2011 bis 1. Dezember 2011 (Entlassung aus der Klinik I. _____) sei sie nicht mehr in der Lage gewesen, einer Tätigkeit nachzugehen. Aufgrund der diesbezüglich sehr ungenauen Angaben der Beschwerdeführerin könnten keine verlässlichen Aussagen betreffend des Grades des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit in einer alternativen Tätigkeit von April 2008 bis August 2011 gemacht werden; es müsse diesbezüglich auf die Aktenlage verwiesen werden (vgl. hierzu E. 3.1.4, 3.1.6 und 3.1.10 hiervor). Soweit aber im Bericht vom 27. Februar 2012 (vgl. E. 3.1.10 hiervor) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit attestiert werde, sei dies nicht nachvollziehbar. In diagnostischer Hinsicht ergäben sich keine wesentlichen Diskrepanzen, der Schweregrad der Depression werde ebenfalls als mittelgradig beurteilt; allein aufgrund dessen lasse sich keine 100%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer alternativen Tätigkeit begründen. Die behandelnde Psychiaterin mache keine Beschwerdevalidierung, sie scheine die subjektiv geklagten Beschwerden unkritisch zu übernehmen.

Auf Nachfrage hin bezeichnete der psychiatrische Gutachter in medizinisch-theoretischer Hinsicht beispielsweise eine Tätigkeit als ... als angepasst und im Rahmen von 60% als zumutbar; weitere alternative Tätigkeiten könnten aber keine genannt werden (AB 81).

3.1.13 Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung (AB 80.1/21) wiesen die Gutachter darauf hin, dass bezüglich der Einschränkungen aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht kein additiver Effekt bestehe.

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).

3.2.1 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).

3.2.2 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 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).

3.2.3 Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

3.2.4 In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht im Übrigen auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden

Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.3 Die angefochtene Verfügung (AB 102) basiert im Wesentlichen auf dem rheumatologischen (unter Hinweis auch auf nicht rheumatologische Diagnosen; vgl. E. 3.1.11 hiervor) und psychiatrischen Gutachten (vgl. E. 3.1.12 hiervor) mitsamt der telefonischen interdisziplinären Beurteilung (vgl. E. 3.1.13 hiervor). Diese erfüllen allesamt die nach der geltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung an eine Expertise gestellten Anforderungen. Sie sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf einlässlichen Untersuchungen und wurden in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Sie überzeugen auch inhaltlich, indem die fachärztlichen Beurteilungen in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind (vgl. E. 2.5.1 hiervor).

3.3.1 Das in den Gutachten aufgezeigte Zumutbarkeitsprofil deckt sich weitgehend mit den Feststellungen der behandelnden Ärzte: Rein aus rheumatologischer Sicht ist demnach die Tätigkeit als ... weiterhin zu 70% möglich (vgl. E. 3.1.3, 3.1.6 und 3.1.11; soweit die Beschwerdeführerin ihrerseits in der Beschwerde, S. 7 unten und S. 8 Mitte, von einer tieferen Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht ausgeht, widerspricht dies sämtlichen spezialärztlichen Einschätzungen), nicht mehr aber unter psychiatrischen Blickwinkeln (vgl. E. 3.1.7, 3.1.8 und 3.1.12). Selbst in einer angepassten Tätigkeit ist für die Zeit von April 2008 bis August 2011 gestützt auf die Akten von einer (mehrheitlich) 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Aufgrund des damaligen Gesundheitszustandes kam es in dieser Zeit denn auch zu einem Obhutsentzug im Rahmen des Trennungsverfahrens (vgl. BB 9.1 ff.; insofern ergeben sich daraus keine neuen Erkenntnisse). Im Rahmen der integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in der Klinik I. _____ (AB 60/4 f.) ist es der Beschwerdeführerin dann aber gelungen, sich tendenziell von der als sehr belastend erlebten familiären Problematik zu lösen und ihre anfangs noch stark imponie-

rende gedankliche Inkohärenz ist allmählich einem geordneteren und zielgerichteten Vorgehen in Bezug auf die Bewältigung anstehender Herausforderungen betreffend die Wahrnehmung des Sorgerechts für die beiden Kinder, die Wahl des zukünftigen Wohnortes und die eventuelle Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeiten gewichen (vgl. E. 3.1.9 hiervor); ihren Ausführungen anlässlich der Begutachtung zufolge pflegt sie denn mittlerweile wieder eine gute Beziehung zu den Kindern und trifft diese jedes zweite Wochenende und teilweise zusätzlich unter der Woche (ohne Möglichkeit zu Übernachtungen; AB 80.1/10). Sie trat am 1. Dezember 2011 "bei guter Stimmung" aus der Klinik aus (vgl. E. 3.1.9 hiervor). Aufgrund dieser erstellten Besserung, welche sich auch in den im Rahmen der Begutachtung erhobenen Befunden verdeutlicht, ist entsprechend dem psychiatrischen Gutachter ab Dezember 2011 von einer (unbefristeten) Arbeitsunfähigkeit von noch 40% in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (ähnlich so schon früher med. pract E. _____ im Bericht vom 13. August 2010 [AB 26] und RAD-Arzt Dr. med. H. _____ im Bericht vom 2. November 2011 [AB 3.1.8]; anders einzig Dr. med. G. _____ in den Berichten vom 8. September 2011 [AB 55] und 27. Februar 2012 [AB 61]). Abgesehen davon, dass behandelnde Spezialärzte und schmerztherapeutisch tätige Ärzte erfahrungsgemäss eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. E. 3.2.4 hiervor), setzt sich der Gutachter eingehend mit der anderslautenden Beurteilung der behandelnden Psychiaterin auseinander und führt in diesem Zusammenhang zutreffend aus, dass sich aufgrund einer (bloss) mittelgradigen Depression keine 100%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit begründen lasse. Soweit die psychosozialen Umstände (ICD-10 Z60.4, Z60.5 und Z73.8; vgl. E. 3.1.7 hiervor), mitunter auch die Trennungsfolgen, ursächlich für die Einschränkungen sein dürften, haben diese invalidenversicherungsrechtlich ohnehin ausser Betracht zu bleiben (vgl. E. 2.2 hiervor); dass diesen doch ein erhebliches Ausmass zukommen dürfte, zeigt sich mitunter schon darin, dass die Beschwerdeführerin ihre erste Anmeldung "nach einem Befreiungsschlag von ihrem Mann" zurückgezogen hat (AB 10). Diese damals so ausdrücklich demonstrierten und in der Folge mehrfach behaupteten (vgl. Beschwerde, S. 5 f. Art. 2), wegen angeblicher körperlicher Schmerzen letztendlich aber nicht verwirklichten (Integrations-) Bemühungen der Beschwerdeführerin schliessen eine (vom psychiatrischen Gutachter festge-

stellte; AB 80.1/13) Dramatisierungs- und Aggravationstendenz nicht aus, sondern implizieren diese vielmehr. Tatsächlich hat sich die Beschwerdeführerin nach anfänglich unklarer Motivation in Bezug auf das Belastbarkeitstraining (vgl. E. 3.1.5 hiervor) erst dann mit Überzeugung für dessen Weiterführung ausgesprochen, als sie diesbezüglich vor die Wahl gestellt worden ist; von den 33 möglichen Arbeitstagen erschien sie indessen bloss an deren 17 (AB 40). Die histrionisch akzentuierten Persönlichkeitszüge und die den Gutachtern bekannten Schwierigkeiten mit der Lunge schliesslich haben keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (AB 79.1/20 und 80.1/14).

3.3.2 Unter Berücksichtigung all dessen überzeugen die Gutachten und damit insbesondere auch das psychiatrische Teilgutachten. Aufgrund der inhaltlichen Vollständigkeit und Schlüssigkeit spricht auch die beanstandete einmalige Untersuchung durch die Gutachter (Beschwerde, S. 6 f.) nicht gegen die Beweiskraft der Expertise, konnten diese doch die Beschwerdeführerin aufgrund der Vorakten gezielt untersuchen (vgl. Entscheid des BGer vom 29. März 2010, 8C_942/2009, E. 5.2). Den Gutachten kommt somit volle Beweiskraft zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Es besteht deshalb kein Anlass für zusätzliche medizinische Abklärungen, weshalb dem Antrag auf ein interdisziplinäres Obergutachten (richtig wohl: Gerichtsgutachten) nicht zu entsprechen ist (antizipierte Beweiswürdigung: BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Soweit die Beschwerdeführerin zumindest sinngemäss behauptet, es sei eine Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten und den Beizug von Unterlagen des ... und der ... beantragt, ist darauf nicht einzugehen, denn es wäre an ihr bzw. ihrer behandelnden Ärztin gewesen, dies mit entsprechenden ärztlichen Berichten zu belegen.

3.3 Der voll beweiskräftigen bidisziplinären Beurteilung zufolge ist die bisherige Tätigkeit als ... nicht mehr realisierbar, dies (entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin in der Beschwerde, S. 7 unten) nicht wegen rheumatologischen (vgl. E. 3.1.11 hiervor), sondern wegen psychischen Beeinträchtigungen (vgl. E. 3.1.12 hiervor). Letztere wirken sich anerkanntermassen mit zunehmender beruflicher Verantwortung verstärkt aus. Aufgrund dessen ist es nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführerin eine Tätigkeit als ... nicht mehr, eine angepasste Tätigkeit als ... hingegen

durchaus noch zumutbar ist. In einer solchen angepassten Tätigkeit besteht (nach einer vollen Arbeitsunfähigkeit seit April 2008) seit Dezember 2011 (bis auf weiteres) eine Arbeitsfähigkeit von 60% (AB 80.1/21; vgl. E. 3.1.13). Damit ist es per Dezember 2011 erstelltermassen zu einer gesundheitlichen Verbesserung mit einer höheren Arbeitsfähigkeit gekommen. Damit liegt in medizinischer Hinsicht eine geänderte Situation bzw. ein Revisionsgrund vor, der zur freien Überprüfung des Rentenanspruchs führt (vgl. E. 2.5 hiavor).

4.

4.1

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

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt –, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 125 V 146 E. 2c S. 150). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 508). Die Frage nach der anwendbaren Methode beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung (vgl. BGE 129 V 167 E. 1 S. 169) entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 125 V 146 E. 2c S. 150, 117 V 194 E. 3b S. 195).

4.1.2 Während die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin zu 60% erwerbstätig und zu 40% als Hausfrau einstuft (AB 62/4, 82/4), macht diese ihrerseits geltend, sie wäre im Gesundheitsfall voll erwerbstätig (Beschwerde, S. 9 Art. 6). Von Beginn weg vertrat die Beschwerdeführerin die Auffassung, im Gesundheitsfall voll als ... zu arbeiten, zumal die Kinder beim Ehemann wohnten; darauf angesprochen, dass die Kinder bei guter Gesundheit bei ihr leben würden, meinte sie dann aber selber, dass sie vielleicht 60% arbeiten würde (AB 62/4, 82/4). In der Beschwerde, S. 9 Art. 6, weist sie nunmehr darauf hin, dass sie schon eine Erwerbstätigkeit von 60% ausgeübt habe, als die Kinder noch sehr klein gewesen seien, und sie das Arbeitspensum mit zunehmendem Alter der Kinder erhöht hätte. Da ein Verzicht auf das Sorgerecht letztendlich zu einer Gesundung ihrerseits beigetragen habe, sei entsprechend davon auszugehen, dass sie ohnehin voll erwerbstätig wäre.

4.1.3 Aufgrund der von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Haushaltklärung gemachten Angaben (AB 62/4) und gestützt auf die Annahme, dass die Kinder im Gesundheitsfall bei ihr wohnen würden, wie dies ja zu Beginn – soweit die Gesundheit dies zulies – der Fall war (vgl. E. 3.3.1 hiervor), erscheint ein Status 60% Erwerb und 40% Haushalt überwiegend wahrscheinlich (vgl. E. 4.1.1 hiervor). So bezeichnete sie sich denn auch in der Neuanmeldung vom 22. April 2010 als teilzeiterwerbstätige ... und daneben als Hausfrau und Mutter (AB 15/5 f.). Vor der Geburt des ersten Kindes verdiente die Beschwerdeführerin als Selbstständigerwerbende (seit 1997) rund 30'000.-- und nahm damit offenbar ein geringeres als vorher als Angestellte erzieltetes Einkommen in Kauf. Nach der Geburt des ersten Kindes im Jahr 2000 ging das Einkommen (erneut und) bleibend um rund die Hälfte zurück (vgl. Auszug aus dem Individuellen Konto [IK; AB 20] sowie Jahresrechnungen [AB 8 und 21.4 ff.]). Zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verfügung (14. März 2014; AB 102) waren die beiden im November 2000 und August 2002 geborenen Kinder 13½- und 11½-jährig. Analog dazu ist im Scheidungsrecht eine Vollzeitwerbstätigkeit des sorgeberechtigten Elternteils erst zumutbar, wenn das jüngste Kind das 16. Altersjahr vollendet hat (BGE 115 II 6 E. 3c S. 10).

4.1.4 Soweit es die Beschwerdeführerin es als stossend erachtet, dass im Rahmen des zweiten Haushaltsberichts (AB 82) keine Abklärung vor Ort stattgefunden habe, womit hätte aufgezeigt werden können, dass keine grundlegende Besserung der Situation eingetreten sei (Beschwerde, S. 8 unten), ist was folgt entgegenzuhalten: Die gesundheitliche Verbesserung ist medizinisch überzeugend erstellt (vgl. E. 3.3 hiervor); einer Bestätigung resp. Überprüfung dieser Einschätzung im Rahmen der Haushaltabklärung bedarf es nicht. Den ärztlichen Schätzungen der Arbeitsfähigkeit kommt im Übrigen kein genereller Vorrang gegenüber den Abklärungen der Invalidenversicherung im Haushalt zu. So wenig wie bei der Bemessungsmethode des Einkommensvergleichs nach Art. 16 ATSG kann beim Betätigungsvergleich nach Art. 28a Abs. 2 IVG auf eine medizinisch-theoretische Schätzung der Invalidität abgestellt werden. Massgebend ist die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, was unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse im Einzelfall festzustellen ist. Die von der Invalidenversicherung eingeholten Abklärungsberichte im Haushalt stellen eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung dar. Nach der Rechtsprechung bedarf es des Beizuges eines Arztes, der sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (SVR 2005 IV Nr. 21 S. 84 E. 5.1.1). Dies gilt selbst für den Fall, dass es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, d.h. die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht. Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (SVR 2012 IV Nr. 19 S. 87 E. 2). Aufgrund dessen und unter Berücksichtigung der stattgehabten Abklärung vor Ort im Rahmen der ersten Abklärung (AB 62) besteht kein Anlass für eine neuerliche Abklärung vor Ort, weshalb dem diesbezüglichen Antrag nicht zu entsprechen ist (antizipierte Beweiswürdigung: BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

4.2 Ausgehend von einem Status von 60% Erwerbstätigkeit und 40% Haushalt ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung anhand der gemischten Methode im Erwerbsbereich mittels Einkommensvergleichs (vgl. E. 4.3 nachfolgend) und im Aufgabenbereich Haushalt mittels Betätigungsvergleichs (vgl. E. 4.4 nachfolgend) vorzunehmen.

4.3

4.3.1 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).

Angesichts der in Art. 25 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) vorgesehenen Gleichstellung der invalidenversicherungsrechtlich massgebenden hypothetischen Vergleichseinkommen mit den AHV-rechtlich beitragspflichtigen Erwerbseinkommen kann das Valideneinkommen von Selbstständigerwerbenden zu meist auf Grund der Einträge im Individuellen Konto bestimmt werden. Weist das bis zum Eintritt der Invalidität erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist dabei auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (SVR 2014 UV Nr. 1 S. 2 E. 4.2, 2010 IV Nr. 26 S. 80 E. 3.3).

Bei selbstständig Erwerbenden ist auf das zuletzt erzielte Einkommen dann nicht abzustellen, wenn auf Grund der Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die versicherte Person im Gesundheitsfall ihre nicht einträgliche selbstständige Tätigkeit aufgegeben und eine besser entlohnte andere Tätigkeit angenommen hätte. Dasselbe gilt, wenn die vor der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeübte selbstständige Tätigkeit wegen ihrer kurzen Dauer keine genügende Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens darstellt, zumal die Betriebsgewinne in den ersten Jahren nach Aufnahme der selbstständigen Erwerbstätigkeit

üblicherweise gering sind. Hat sich die versicherte Person hingegen über mehrere Jahre hinweg mit einem bescheidenen Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit begnügt, ist dieses für die Festlegung des Valideneinkommens massgebend, selbst wenn besser entlöhnte Erwerbsmöglichkeiten bestanden hätten (BGE 135 V 58 E. 3.4.6 S. 64).

4.3.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). 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 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

4.3.3 Wie bereits festgestellt (vgl. E. 4.1.3 hiavor), hat sich die Beschwerdeführerin während Jahren mit einem bescheidenen Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit begnügt. Dieses belief sich in den Jahren nach der Geburt ihres ersten Kindes jeweils auf ungefähr Fr. 13'000.--, wobei das einmalig hohe Einkommen aus dem Jahr 2007 von Fr. 140'100.-- auf einen ausserordentlichen Liegenschaftsverkauf zurückzuführen (AB 20 sowie AB 8 und 21.4 ff.) und deshalb vorliegend nicht zu berücksichtigen ist. In einer angepassten Tätigkeit als ... vermöchte die Beschwerdeführerin in einem Pensum von 60% ab Dezember 2011 (vgl. E. 3.3 hiavor) ein weitaus höheres Einkommen zu erzielen (gemäss LSE 2012, Tabelle T1, beträgt das monatliche Bruttoeinkommen einer Frau für sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen [Ziff. 77-82], welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen [Kompetenzniveau 3], Fr. 5'674.--, was bei einem jährlichen Pensum von 60% Fr. 40'859.-- entspricht [ohne Arbeitszeitbereinigung und Aufindexierung]). Damit erleidet die Beschwerdeführerin keinen Erwerbsausfall, da sie das als ... erzielte niedrige Valideneinkommen selbst als ... ohne weiteres erreichen kann. Damit resultiert im Erwerbsbereich keine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse und entsprechend auch kein (Teil-)Invaliditätsgrad.

4.4 Zu prüfen ist weiter die Einschränkung im Aufgabenbereich.

4.4.1 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 130 V 61 E. 6.2 S. 63; SVR 2012 IV Nr. 54 S. 196 E. 3.2).

4.4.2 Die Abweichungen in den beiden Abklärungsberichten Haushalt vom 15. März 2012 (AB 62) und vom 6. März 2013 (AB 82) begründet die Beschwerdegegnerin damit, dass es der Beschwerdeführerin anlässlich der Haushaltabklärung offenbar nicht möglich gewesen sei, differenzierte Angaben bezüglich des Verlaufs ihrer gesundheitlichen Verfassung zu machen; entsprechend hätten die von ihr im Rahmen der Begutachtung gemachten Angaben zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes per Dezember 2011 und zu einer Verschlechterung für die Monate September bis November 2011 geführt (AB 95/3 f.). Letzteres muss doch bezweifelt werden, war doch die Beschwerdeführerin dem Gutachten zufolge (vgl. AB 80.1/21) schon seit dem Jahr 2008 aus psychischen Gründen zu 100% arbeitsunfähig, womit der Eintritt in die Klinik I. _____ (vgl. E. 3.1.9 hier vor) zu keiner wesentlichen Änderung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushaltsbereich geführt haben dürfte. Letztlich kann dies offen gelassen werden, da die Beschwerdeführerin so oder anders Anspruch auf eine ganze Rente bis Februar 2012 hat (vgl. AB 102). In Bezug auf die Einschränkungen im Haushalt ab Dezember 2011 sind keine klaren Fehleinschätzungen ersichtlich, die ein Eingreifen in das Ermessen der kompetenten Abklärungsperson anzeigen würden. Insofern sind die vorliegenden

Abklärungsberichte Haushalt nicht zu beanstanden und werden auch nicht bestritten. Im Ergebnis erfüllen sie die Anforderungen der Rechtsprechung (vgl. E. 4.4.1 hiervor). Demnach ist im Aufgabenbereich ab Dezember 2011 eine Einschränkung von 10% (AB 144/9) bzw. gewichtet (bei 40% Tätigkeit im Haushalt) von 4% ($10 \div 100 \times 40$) erstellt. Im Übrigen kann die von der Beschwerdeführerin beantragte aktualisierte Haushaltabklärung vor Ort (Beschwerde, S. 8) unterbleiben, weil sie angesichts einer fehlenden Invalidität im Erwerbsbereich sowie eines Anteils Haushalt von 40% im Haushaltbereich eine vollständige Invalidität aufweisen müsste, damit weiterhin eine Rente ausgerichtet werden könnte. Dies kann in antizipierter Beweiswürdigung ausgeschlossen werden.

4.5 Der Gesamtinvaliditätsgrad von 4% berechtigt zu keiner Invalidenrente mehr (vgl. E. 2.3 hiervor). Damit ist die Aufhebung der Invalidenrente (und auch der Zeitpunkts der Renteneinstellung) nicht zu beanstanden. Entsprechend ist die angefochtene Verfügung vom 14. März 2014 (AB 102) zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 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 Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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 Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecherin 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.