

200 14 586 IV
SCP/BRM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 22. Juni 2015

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
vertreten durch Advokatin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. Mai 2014



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A._____ meldete sich unter Hinweis auf einen im Juni 1985 operierten Morbus Crohn sowie einen im März 2010 erlittenen Zusammenbruch am 15. Juni 2010 für berufliche Integration/Rente bei der IV-Stelle Bern (IVB) an (Akten der IVB [act. II] 2).

Die IVB holte erwerbliche (act. II 5, 10, 11, 20) und medizinische (act. II 12, 13, 14) Unterlagen, die Akten des Krankentaggeldversicherers (C._____; act. II 16) und Berichte des Hausarztes, Dr. med. D._____, FMH Innere Medizin (act. II 19), sowie der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. E._____ (act. II 22, 23), ein. Es wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 17. März 2010 attestiert.

Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD), Dr. med. F._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erachtete die von den behandelnden Ärzten – überwiegend aufgrund der Depression – bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit in seinem Bericht vom 30. Dezember 2010 für nachvollziehbar; er schlug vor, den Verlauf (max. ½ Jahr) abzuwarten und allenfalls später eine interdisziplinäre Begutachtung zu veranlassen (act. II 24 S. 3).

Nachdem der IVB ein von der C._____ bei Dr. med. G._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in Auftrag gegebenes Gutachten zugegangen war (act. II 25.2), dessen Beurteilung sich der RAD-Arzt Dr. med. F._____ angeschlossen hatte (act. II 26 S. 3), stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 4. Februar 2011 die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht (act. II 29).

B.

Auf Einwand der Versicherten, vertreten durch Rechtsanwalt H._____, vom 4. April 2011 (act. II 34) und nach nochmaliger Rückfrage beim RAD-Arzt ordnete die IVB eine interdisziplinäre Begutachtung (rheumatologisch – psychiatrisch) an; die Gutachten der Dres. med. I._____, FMH Innere

Medizin und Rheumaerkrankungen, und Dr. med. J. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, wurden am 5. September 2011 erstattet (act. II 42.1 und 43.1).

Im Lichte der gutachterlichen Beurteilung forderte die IVB die Versicherte am 23. September 2011 auf, die im Hinblick auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit der Arbeitsfähigkeit als nötig erachtete Behandlungsoptimierung einzuleiten und hierüber bis am 14. Oktober 2011 zu informieren (act. II 44).

Sodann wurde ein Abklärungsbericht Haushalt vom 13. April 2012 eingeholt, in welchem ausgehend von einem Status der Versicherten von 40% Erwerbstätigkeit und 60% Betätigung im Aufgabenbereich als Hausfrau für die Zeit vom 17. März bis 27. Juli 2011 ein gewichteter Invaliditätsgrad von 19% und ab 28. Juli 2011 ein solcher von 44% ermittelt wurde, sodass ab 1. Juli Anspruch auf eine Viertelsrente bestehe; da die medizinische Situation nicht stabil sei, wurde empfohlen, mit dem Entscheid zuzuwarten (act. II 50).

Nach Einholen weiterer Arztberichte (act. II 53, 56) ordnete die IVB auf Empfehlung des RAD-Arztes Dr. med. F. _____ (act. II 59) eine Verlaufsbeurteilung an (act. II 60). Die Gutachten der Dres. med. J. _____ und I. _____ wurden am 30. August 2013 erstattet (act. II 71.1, 72.1); anschliessend liess die IVB den Abklärungsbericht Haushalt am 24. Januar 2014 (act. II 73) aktualisieren und stellte der Versicherten mit – denjenigen vom 4. Februar 2011 ersetzenden und annullierenden – Vorbescheid vom 18. Februar 2014 die Ausrichtung einer für die Zeit vom 1. Juli 2011 bis 31. Juli 2012 befristeten Viertelsrente in Aussicht (act. II 74). Zu den hiergegen am 24. März 2014 von Rechtsanwalt H. _____ erhobenen Einwänden (act. II 78) liess die IVB den Abklärungsdienst Stellung nehmen (act. II 82) und verfügte daraufhin am 16. Mai 2014 entsprechend dem Vorbescheid (act. II 86).

C.

Mit Beschwerde vom 16. Juni 2014 lässt die Versicherte, nunmehr vertreten durch Advokatin B. _____, beantragen, die Verfügung vom 16. Mai 2014 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab dem 1. März 2011 eine Dreiviertelsrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 66%, mit Wirkung ab dem 1. Juli 2011 eine ganze Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 84% und mit Wirkung ab dem 1. August 2012 mindestens ein halbe Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 52% auszurichten; eventualiter sei die Verfügung vom 16. Mai 2014 aufzuheben, die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab dem 1. März 2011 eine Dreiviertelsrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 66% sowie mit Wirkung ab dem 1. Juli 2011 eine ganze Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 84% auszurichten und die Angelegenheit zur Bestimmung des Rentenanspruchs ab dem 1. August 2012 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Gerügt wird im Wesentlichen die Festlegung des Status der Beschwerdeführerin; entgegen der Auffassung der IVB sei im Gesundheitsfall nicht von einem Anteil ausserhäuslicher Tätigkeit von 40%, sondern von 80% auszugehen. Die seinerzeitige Reduktion des Beschäftigungsgrades sei aus gesundheitlichen und nicht aus familiären Gründen erfolgt. Zudem sei die ADHS-Erkrankung der Kinder für die Statusfrage nicht relevant; massgebend sei vielmehr, dass die Beschwerdeführerin ohne den Gesundheitsschaden genügend Ressourcen gehabt hätte, um mit der Diagnose ihrer Töchter umzugehen. Überdies wäre die Kinderbetreuung – nach der Schliessung der ... Kinderkrippe – durch die im gleichen Haus wohnenden Eltern der Beschwerdeführerin gewährleistet gewesen.

Beanstandet wird ferner die Bemessung des Valideneinkommens; dieses sei anhand des zuletzt im Jahre 2010 erzielten Einkommens bezogen auf ein Pensum von 80% und nach der Nominallohnentwicklung indiziert auf das Jahr 2011 bzw. das Jahr 2012 festzulegen. Schliesslich sei von einer Einschränkung im Haushaltsbereich von insgesamt 17% auszugehen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 14. Juli 2014 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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 vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes 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 16. Mai 2014 (act. II 86). 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). 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 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 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).

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).

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 medizi-

nischen 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).

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.

3.1 Den medizinischen Unterlagen ist im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Dr. med. D. _____ hielt in seinem Bericht vom 24. Juli 2010 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mittelschwere rezidivierende depressive Episoden, erstmals 2002, sowie einen seit 1985 bestehenden Morbus Crohn mit Ileocoecalresektion 1985 und 1996 fest; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er eine tiefe Venenthrombose rechts 1999, Osteopenie sowie ein rezidivierendes thorakolumbales Schmerzsyndrom seit Jahren. Die Patientin werde psychiatrisch therapiert und medikamentös behandelt; die Prognose sei gut. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 11. bis 24. Januar 2010 sowie seit dem 17. März 2010 bescheinigt. Mit einer Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit könne gerechnet werden, sobald sich die Depression gebessert habe (act. II 19).

3.1.2 In ihrem Bericht vom 2. September 2010 nannte Dr. med. E._____ einen seit Kindheit bestehenden Morbus Crohn sowie eine rezidivierende depressive Erkrankung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33), DD bipolare Störung (ICD-10: F31). Als aktuelle Symptome wurden angegeben: „Erschöpft, adynamisch, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörung, Gedanken grübeln, herabgesetzte Stimmung.“ Es bestehe eine depressive Symptomatik ohne tiefe Traurigkeit, aber mit somatischem Hintergrund. Seit 17. März 2010 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, die Prognose sei unsicher (act. II 22).

3.1.3 Im Gutachten vom 30. Dezember 2010 zuhanden der C._____ diagnostizierte Dr. med. G._____ eine Erschöpfungsdepression bzw. Burnout nach beruflicher und familiärer Überforderung (ICD-10: F48.0 / Z73.0 / Z56 / Z63). Das grosse Problem sei der Morbus Crohn, daneben bestehe eine erhebliche familiäre Belastung da ein Kind, eventuell beide Kinder AHS-Fälle seien. Angesichts der jetzt deutlich gebesserten Symptomatik sei der Patientin ab dem Zeitpunkt der Abfassung des Gutachtens aus rein psychiatrischer Sicht bezogen auf den vorhergehenden Arbeits-einsatz (40%) eine ca. 70%ige Arbeitsleistung zumutbar; das vorhergehende Ausmass der Arbeitsfähigkeit werde innert einem Monat eintreten. Krankheitsfremde Faktoren verhinderten, dass die Versicherte ihre Restarbeitsfähigkeit ausnütze (act. II 25.2).

3.1.4 Der RAD-Arzt Dr. med. F._____ schloss sich der Beurteilung des Gutachters Dr. med. G._____ an (act. II 26 S. 3).

3.1.5 Im interdisziplinären Gutachten der Dres. med. I._____ (internistisch-rheumatologisch) und J._____ (psychiatrisch) wurden als Diagnosen ein Morbus Crohn, eine leichte depressive Episode und Akzentuierung der Persönlichkeit mit zwanghaften Zügen, eine Osteopenie, eine Periarthropathia humeroskapularis calcarea beidseits, ein rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom sowie anamnestisch ein thorakovertebragenes Syndrom festgehalten (vgl. act. II 42.1 S. 8 bzw. 43.1 S. 22).

Die von der Patientin geschilderten Beschwerden könnten gemäss Dr. med. I._____ somatisch-pathologisch bezüglich Intensität und Umfang weitgehend, jedoch nicht vollumfänglich, auf die objektivierbaren Befunde

abgestützt werden. Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit seit Mitte 12/09 durchschnittlich zu 40% und seit Sommer 2010 durchschnittlich zu 75% eingeschränkt; für eine angepasste Verweistätigkeit gelte die gleiche Einschränkung.

Dr. med. J._____ stellte im Untersuchungszeitpunkt ein insgesamt leicht depressives Zustandsbild fest; eine rezidivierende depressive Störung mit phasenhaftem Verlauf lasse sich dagegen – obwohl die Patientin durch den Morbus Crohn über viele Jahre psychisch belastet gewesen sei – weder anamnestisch noch klinisch klar erheben. Die Gewissenhaftigkeit sowie die Leistungsorientierung mit Tendenz zum Perfektionismus rechtfertige nicht die von der behandelnden Psychiaterin gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, sondern spreche für die Akzentuierung der Persönlichkeit mit zwanghaften Zügen (ICD-10: Z73.1); dieser Diagnose komme aus seiner Sicht kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu

Interdisziplinär könne für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vollumfänglich auf die somatisch-rheumatologische Sicht abgestellt werden, wobei berücksichtigt sei, dass sich die somatischen und die psychosomatisch-psychiatrischen Anteile an der Arbeitsunfähigkeit überdeckten (act. II 42.1 S. 14 und 43.1 S. 26).

3.1.6 Im Verlaufsgutachten vom 30. August 2013 wurden als (interdisziplinäre) Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Morbus Crohn sowie eine leichte depressive Episode angegeben (act. II 71.1 S. 21, 72.1 S. 11).

Aufgrund der Ergebnisse der aktuellen Begutachtung könne Dr. med. I._____ an den Einschätzungen in der Erstbegutachtung festhalten. Hinsichtlich des Morbus Crohn könne zwischenzeitlich eine Verbesserung bestätigt werden. Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht bestehe angesichts der optimierten Behandlung des Morbus Crohn in der bisherigen wie auch in einer angepassten Verweistätigkeit seit Anfang 05/12 eine durchschnittliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Bereich von 30 bis 35%. Durch die Umsetzung der empfohlenen, sich möglicherweise günstig auswirkenden, medizinischen Massnahmen könnte eine Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit von unter 30% persistieren. Ab 05/12 lasse sich keine Einschränkungen bei der Verrichtung der Haushaltsarbeiten begründen (act. II 72.1 S. 16 f.).

Dr. med. J. _____ bestätigte die bereits im Vorgutachten festgestellte depressive Symptomatik sowie die damals beschriebene Akzentuierung der Persönlichkeit mit zwanghaften Zügen. Aufgefallen sei eine deutliche Selbstlimitierung bei bestehenden nicht unerheblichen Ressourcen. Im Vordergrund stehe weiterhin die adäquate Behandlung der leichten depressiven Episode; aus psychiatrischer Sicht sei die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit als therapeutische Massnahme zu empfehlen. Durch die leichte depressive Episode bestehe weiterhin eine leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. II 71.1 S. 23 f.).

In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne bis Ende 04/12 vollumfänglich auf die Einschätzung aus somatisch-rheumatologischer Sicht abgestützt und seit Anfang 05/12 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% formuliert werden. Ungünstig auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess könnten sich krankheitsfremde Faktoren, wie beispielsweise länger anhaltende Arbeitsabstinenz und das Alter der Versicherten auswirken (act. II 71.1 S. 24 unten f., 72.1 S. 17 oben).

3.2 Die Gutachten der Dres. I. _____ und J. _____ vom 30. August 2013 samt interdisziplinärer Beurteilung erfüllen 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. 2.4 hiervor). Den Gutachten kommt deshalb voller Beweiswert zu.

Insbesondere wird in den beiden Gutachten der Verlauf der gesundheitlichen Einschränkungen unter Berücksichtigung der medizinischen Unterlagen sowie der bei den Untersuchungen erhobenen Befunde dokumentiert und ausführlich diskutiert. Das Gericht hat keinen Anlass, an der Schlüs-

sigkeit der – im Übrigen unter den Parteien unbestritten gebliebenen – gutachterlichen Beurteilungen zu zweifeln.

3.3 Die interdisziplinäre Beurteilung gelangt zum Schluss, dass aus medizinischer Sicht seit Mai 2012 von einer Arbeitsfähigkeit von 50% auszugehen ist. Für die davor liegende Zeit wird auf die Begutachtung vom September 2011 verwiesen und die damalige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bestätigt. Danach ist die Arbeitsfähigkeit seit Mitte Dezember 2009 durchschnittlich zu 40%, seit Sommer 2010 durchschnittlich zu 75%, von Juli 2011 bis Mitte September 2011 zu 100% (postoperative Rehabilitationsphase) und anschliessend wiederum zu 75% eingeschränkt gewesen (act. II 42.1 S. 15f.). Diese Einschätzung ist denn auch unbestritten geblieben.

In der Folge hat sich der Gesundheitszustand – wie in der Verlaufsbeurteilung vom August 2013 festgestellt – hinsichtlich des Morbus Crohn verbessert mit entsprechender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ab dem oben genannten Zeitpunkt.

Ob der Invaliditätsbemessung ab Mai 2012 in Anbetracht der von Dr. med. J. _____ gestellten und nachvollziehbar begründeten Diagnosen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% zu Grunde zu legen ist oder nicht bloss die aus somatischer Sicht begründete Einschränkung von 30%, kann letztlich offen bleiben. Aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt sich nämlich, dass selbst bei Annahme einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert.

Zu bemerken ist in diesem Zusammenhang immerhin, dass die aus interdisziplinärer Sicht auf 50% festgesetzte Arbeits(un)fähigkeit insoweit auf einer – unzulässigen – Addition der in den einzelnen gutachterlichen Fachbereichen geschätzten Einschränkung beruhen dürfte, als die von Dr. med. I. _____ attestierte Einschränkung erst bei einem Arbeitspensum von mehr als 70% anzunehmen ist, nachdem die Beschwerdeführerin nach Einschätzung des Somatikers das zumutbare Pensum von rund 70% sowohl am Stück als auch, mit vermindertem Tempo, über den Tag verteilt leisten kann (act. II 72.1 S. 16). Hinzu kommt, dass Dr. med. J. _____ aus rein psychiatrischer Sicht lediglich eine leichtgradige Einschränkung

der Arbeitsfähigkeit bescheinigt hat und in der interdisziplinären Beurteilung ausdrücklich auf die Überlagerung der somatischen und der psychiatrisch-psychosomatischen Anteile hingewiesen wurde.

Bei einem Arbeitspensum entsprechend dem von der Beschwerdegegnerin angenommenen Status von 40% Erwerbstätigkeit und 60% Betätigung im Aufgabenbereich vermögen sich demnach die durch den Morbus Crohn bedingten Beeinträchtigungen des Leistungsvermögens in Form von Ermüdungserscheinungen überhaupt nicht auszuwirken, womit aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht sogar von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könnte. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass gemäss Dr. med. J. _____ insbesondere die Angaben der Beschwerdeführerin in Bezug auf die kognitiven Defizite nicht mit dem klinischen Eindruck übereinstimmen, was auf eine Verdeutlichungstendenz bei Selbstlimitierung und Rentenbegehrlichkeit schliessen lasse (act. II 71.1 S. 22 f.). In diesem Sinne hatte sich Dr. med. I. _____ bereits in seinem Gutachten vom 5. September 2011 geäussert (act. II 42.1 S. 11).

4.

Für die Bemessung der Invalidität auf der Grundlage der oben dargelegten medizinischen Situation ist ferner von Folgendem auszugehen:

4.1

4.1.1 Die Beschwerdegegnerin hat den Status – wie bereits erwähnt – mit 40% Erwerbstätigkeit und 60% Betätigung im Aufgabenbereich festgelegt. Demgegenüber wird geltend gemacht, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigung einer Erwerbstätigkeit im Umfang von 80% nachgehen würde.

4.1.2 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).

Bei einer im Haushalt tätigen versicherten Person im Besonderen entscheidet sich die Frage, ob sie als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige zu betrachten ist, nicht danach, ob sie vor ihrer Heirat erwerbstätig war oder nicht. Es ist vielmehr zu prüfen, ob sie im Gesundheitsfall mit Rücksicht auf die gesamten Umstände vorwiegend erwerbstätig oder im Haushalt beschäftigt wäre. Nebst den finanziellen Verhältnissen sind sämtliche weiteren Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen, wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen der versicherten Person (BGE 137 V 334 E. 3.2 S. 338, 125 V 146 E. 2c S. 150; AHI 1997 S. 289 E. 2b). Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 117 V 194 E. 3b S. 195).

Bei verheirateten Versicherten ist überdies die eherechtliche Aufgaben- und Rollenverteilung im Rahmen der ehelichen Gemeinschaft zu beachten. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass das Eherecht die Gleichberechtigung der Ehegatten verwirklicht und auf jede gesetzlich bestimmte Aufgabenteilung verzichtet hat. Es ist ausdrücklich den Ehegatten überlassen, sich über die Rollenverteilung sowie über Art und Umfang ihrer Beiträge an den Unterhalt der Familie zu einigen (Art. 163 Abs. 2 ZGB) und sich über die für die Bestreitung ihrer eigenen und der Bedürfnisse ihrer Kinder zweckmässige und notwendige Aufgabenteilung zu verständigen. Mit dieser Freiheit der Ehegatten in der Ausgestaltung ihrer Partnerschaft ist es nicht zu vereinbaren, einer traditionellen Rollenverteilung, die der Frau die Besorgung des Haushaltes zuweist, im Rahmen der Invaliditätsbemessung den Vorrang einzuräumen und die beruflich-erwerblichen Interessen der Ehefrau geringer einzustufen als diejenigen des Ehemannes (BGE 117 V 194 E. 4 S. 196; AHI 1997 S. 289 E. 2b; SVR 1994 IV Nr. 17 E. 4a S. 40).

4.1.3 Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass sie ihr seinerzeitiges volles Arbeitspensum wegen der gesundheitlichen Beschwerden schrittweise reduziert habe. Nach der Geburt ihrer ersten Tochter habe sie noch während zwei Jahren zu 100% gearbeitet; durch die Doppelbelastung sei es zu einer Verschlechterung des Morbus Crohn gekommen, was sie zur Reduktion des Arbeitspensums gezwungen habe. Heute würde sie indessen bei guter Gesundheit trotz ihrer familiären Verpflichtungen mit einem Beschäftigungsgrad von 80% arbeiten.

Dem ist zunächst entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Intake-Geprächs angegeben hat, dass sie nebst der Haushaltsführung und der Betreuung der beiden Kinder bei guter Gesundheit zu 40% erwerbstätig wäre (act. II 17 S. 3 Ziff. 10). Im Rahmen der Erhebung vor Ort vom 28. Februar 2012 für die Erstellung des Abklärungsberichtes Haushalt zeigte sich die Beschwerdeführerin unsicher über das Arbeitspensum, das sie im Gesundheitsfall ausüben würde, und nannte unter Hinweis auf die Betreuung der Kinder ein Pensum von „vielleicht 50%“ (act. II 50 S. 5 Ziff. 3.5). Im Sozialversicherungsrecht gilt die Beweismaxime, wonach die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a S. 47, 115 V 133 E. 8c S. 143; RKUV 2004 U 515 S. 420 E. 1.2). Bereits unter diesem Aspekt erscheint die später und vor allem in der Beschwerde vertretene Position als nachgeschoben.

Sodann hat der Abklärungsdienst im Bericht vom 13. April 2012 – namentlich auch unter Hinweis auf die im Intake-Gespräch gemachten Aussagen – überzeugend dargelegt, dass und warum die Beschwerdeführerin ihr Arbeitspensum nicht aus gesundheitlichen, sondern aus iv-fremden Gründen mit Blick auf die Geburt des zweiten Kindes reduziert hat (vgl. auch act. II 14 S. 11, Status nach Abort 12/00 und 7/02) bzw. danach nicht wieder zu einem höheren Arbeitspensum erwerbstätig geworden ist. Dass die Pensumreduktion bewusst aus familiären und nicht aus gesundheitlichen Gründen erfolgte, ergibt sich nicht zuletzt auch daraus, dass die Beschwerdeführerin bis zur Geburt ihrer ersten Tochter und noch einige Zeit danach

trotz der bereits damals in ähnlicher Weise bestehenden medizinischen Probleme zu 100% erwerbstätig war.

Soweit die Beschwerdeführerin im Übrigen vorbringen lässt, ihre im selben Haus lebenden Eltern hätten die Kinderbetreuung gewährleistet, vermag dies nicht zu überzeugen. Diesbezüglich wird in der Beschwerdeantwort zu Recht darauf hingewiesen, dass die Eltern der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der medizinischen Begutachtung (August 2013) 82- und 85-jährig (vgl. act. II 71.1 S. 3 unten) und damit in einem Alter waren, die ihnen unter konstitutionellen Aspekten nicht überwiegend wahrscheinlich erlaubt hätten, die Kinder auf Dauer zu betreuen, zumal beide Kinder an ADHS leiden, was erhöhte Anforderungen an die Ressourcen der Betreuenden stellt.

Nach dem Gesagten ist mithin nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin von einem Status von 40% Erwerbstätigkeit und 60% Betätigung im Aufgabenbereich ausgegangen ist.

4.2 Wie sich aus den Akten und den obigen Ausführungen zum Status ergibt, hat die Beschwerdeführerin weder ihre Arbeitsstelle bei der K. _____ (vgl. act. II 5 S. 6) noch diejenige bei der L. _____ (act. II 11) aus gesundheitlichen Gründen reduziert bzw. verloren. Entgegen der in der Beschwerde (Ziff. 20) vertretenen Auffassung ist deshalb für die Bemessung des Valideneinkommens nicht das zuletzt erzielte Erwerbseinkommen heranzuziehen.

Lässt sich nämlich – wie vorliegend – aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

Unter diesen Umständen hat die IVB das Valideneinkommen folgerichtig hypothetisch anhand der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) festgesetzt. Zu bemerken ist, dass die IVB – jedenfalls bezogen auf das gleiche Pensum – von einem leicht niedrigeren Valideneinkommen

ausgeht, als dies die Beschwerdeführerin tut; dies wirkt sich bei der Bemessung des Invaliditätsgrades unter Heranziehung desselben – und zu recht unbestritten gebliebenen (vgl. Beschwerde Rz. 20, S. 11) – Invalideneinkommens an sich günstig für die Beschwerdeführerin aus. Dass indessen, anders als von der Beschwerdeführerin geltend gemacht, nicht von einem Status mit einem Erwerbsanteil von 80% auszugehen und das Invalideneinkommen nicht dementsprechend zu bemessen ist, geht aus den Ausführungen unter E. 4.1 hervor.

4.3 Soweit in der Beschwerde eine grössere Einschränkung bei der Verrichtung der Haushaltsarbeiten geltend gemacht wird, kann dem schliesslich ebenfalls nicht gefolgt werden.

Dr. med. I. _____ hat in seinem Gutachten vom 5. September 2011 – mithin vor der Verbesserung des Gesundheitszustandes – festgehalten und nachvollziehbar begründet, dass die durchschnittliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für solche Tätigkeiten aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht 20% betrage (vgl. act. II 42.1 S. 13). Dies bestätigte er anlässlich der Verlaufsbegutachtung, konnte dagegen für die Zeit nach Mai 2012 aufgrund der Verbesserung des Gesundheitszustandes keine Einschränkung mehr begründen, zumal diese Tätigkeiten in idealer Weise mit reduziertem Tempo verteilt über den Tag ausgeführt werden könnten (act. II 72.1 S. 16). Ferner weist die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hin, dass für die Invaliditätsbemessung die Mitwirkung der Familienangehörigen im Haushalt zu berücksichtigen ist. Inwieweit diese Mitwirkung angesichts der nicht allzu grossen Einschränkung der Beschwerdeführerin vorliegend über das zumutbare Mass an Hilfe hinausgehen soll, ist nicht ersichtlich.

Einer neuerlichen Erhebung vor Ort bedarf es entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung (Rz. 22 S. 12) im Lichte des verbesserten Gesundheitszustandes nicht. Dies insbesondere auch deshalb, weil der Beschwerdeführerin bei einem Arbeitspensum im Gesundheitsfall von 40% gemäss dem somatischen Gutachter noch ein darüber hinausgehendes Restpensum von 30% verbleibt (Arbeitsfähigkeit 70%), in welchem sich die Morbus-Crohn-bedingten Einschränkungen noch nicht auszuwirken vermögen. Unter diesem Aspekt erweist sich überdies der von der Beschwerde-

gegnerin bei der Invaliditätsbemessung gewährte Abzug für die Wechselwirkung zwischen den somatischen und psychischen Beschwerden im Umfang von 15% als sehr wohlwollend.

4.4 Die auf der Grundlage der obigen Parameter vorgenommene Invaliditätsbemessung für die verschiedenen Zeiträume ist nicht zu beanstanden. Insbesondere hat die IVB beide Vergleichseinkommen korrekt anhand der LSE und dabei unter Berücksichtigung der Ausbildung der Beschwerdeführerin ausgehend vom Durchschnittswert des Sektors 3 (Dienstleistungen) mit Anforderungsniveau 3 im privaten Sektor herangezogen, diesen auf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit umgerechnet und auf die nach dem jeweiligen Grad der Arbeitsfähigkeit in den zu unterscheidenden Zeiträume indexiert; in den Perioden, in denen die Erzielung eines Erwerbseinkommens zumutbar, wurde zudem ein Abzug für die Wechselwirkung von 15% berücksichtigt.

Die Invaliditätsbemessung erweist sich nach dem Gesagten als rechtmässig; die Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. Mai 2014 ist dementsprechend abzuweisen.

5.

5.1 Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG).

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.—, zu tragen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (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 in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Advokatin 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.