

200 15 389 IV
LOU/JAP/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. Juli 2016

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 31. März 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1966 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 6. Mai 2009 unter Hinweis auf eine Depression zufolge Mobbings am Arbeitsplatz bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act II] 2). Diese wies das Leistungsbegehren mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens mit Verfügung vom 26. November 2009 (act. II 24) ab. Auf Beschwerde hin (act. II 34) hob das Verwaltungsgericht diese Verfügung mit Urteil vom 10. Mai 2010, IV/2010/57 (act. II 38), auf und wies die Sache zur weiteren Abklärung an die IVB zurück.

B.

Nach verschiedenen Erhebungen, insbesondere einer psychiatrischen Begutachtung (act. II 62) und einem abgebrochenen Belastbarkeitstraining (act. II 86, 94), holte die IVB ein psychiatrisches Verlaufsgutachten (Akten der IVB [act. IIA] 117) sowie eine bidisziplinäre (rheumatologisch-neurologische) Expertise (act. IIA 123 f.) ein. Gestützt darauf stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 30. Oktober 2013 (act. IIA 129) zunächst eine vom 1. November 2009 bis 31. Januar 2010 befristete ganze Invalidenrente in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. IIA 135) und Rücksprachen mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. IIA 143 f.) bzw. dem Abklärungsdienst (act. IIA 145) ersetzte die IVB den Vorbescheid mit einem solchen vom 1. April 2014 (act. IIA 146), in welchem die Rentenbefristung neu bis 31. Dezember 2010 vorgesehen war. Hiermit zeigte sich die Versicherte wiederum nicht einverstanden (act. IIA 150, 153), worauf die IVB nach weiteren Stellungnahmen des RAD (act. IIA 161, 165 f.) bzw. des Abklärungsdienstes (act. IIA 159) mit Verfügung vom 31. März 2015 (act. IIA 168) entsprechend dem letzten Vorbescheid bei einem Invaliditätsgrad von 100 % von 1. November 2009 bis 31. Dezember 2010 eine ganze Rente zusprach bzw. für die Zeit danach einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 35 % verneinte.

C.

Mit Eingabe vom 5. Mai 2015 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei insofern kostenfällig abzuändern, als ihr über den 31. Dezember 2010 hinaus eine angemessene Invalidenrente auszurichten sei.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 17. Juni 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Verfügungen. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 31. März 2015 (act. IIA 168). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenren-

te und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die ab 1. November 2009 zugesprochene ganze Invalidenrente zulässigerweise bis zum 31. Dezember 2010 befristete (vgl. zum Anfechtungs- und Streitgegenstand bei rückwirkend zugesprochenen abgestuften und/oder befristeten Invalidenrenten: BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a).

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 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 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 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

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; AHJ 1998 S. 121 E. 1b).

3.

3.1 Gemäss Rückweisungsentscheid vom 10. Mai 2010 (act. IIA 38) wurde der psychiatrische Gesundheitszustand nicht rechtsgenügend abgeklärt und bestand damals kein die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit einschränkendes somatisches Leiden (VGE IV/2010/57 E. 3.2 f.). Im Nachgang zu dieser Entscheidung nahm die Beschwerdegegnerin verschiedene Sachverhaltserhebungen vor und wurden seitens der Beschwerdeführerin zusätzliche Arztberichte nachgereicht. Die angefochtene Verfügung vom 31. März 2015 (act. IIA 168) basiert in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf zwei psychiatrischen Gutachten vom Dezember 2010 (act. II 62.1) bzw. Juni 2013 (act. IIA 117.1), einer bidisziplinären (rheumatologischen und neurologischen) Expertise vom September 2013 (act. IIA 123.4) sowie RAD-Stellungnahmen vom März 2014 (act. IIA 143 f.) und Januar 2015 (act. IIA 165 f.).

3.1.1 Dr. med. C. _____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im psychiatrischen Gutachten vom 6. Dezember 2010 (act. II 62.1) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (act. II 62.1/12 lit. A Ziff. 4.1):

- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10: F60.31)

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.21)
- Panikstörung (ICD-10: F41.0)

Er gab an, die Persönlichkeitsstörung bestehe definitionsgemäss seit der Adoleszenz mit zwischenzeitlich immer wieder aufgetretenen Dekompensationen. Die rezidivierende depressive Störung und die Panikstörung bestünden spätestens seit 2003. Er erachtete sowohl die bisherige als auch jede andere, dem Alter und Ausbildungsstand entsprechende Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt für maximal fünf Stunden (zweimal zweieinhalb Stunden) täglich als zumutbar, wobei die Leistungseinschränkung im Schnitt maximal 20 % betrage (act. II 62.1/18 lit. C Ziff. 4 f.). Für eine optimal angepasste Tätigkeit attestierte er eine Restarbeitsfähigkeit von mindestens sechs Stunden (zweimal drei Stunden) täglich mit einer um höchstens 10 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit (act. II 62.1/19 lit. C Ziff. 13 f.). Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr bestehe mindestens seit zwei Jahren, die (von den behandelnden Ärzten) weiterhin attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit erscheine nicht begründet, vielmehr sei von einer erhaltenen Arbeitsfähigkeit von mindestens 60 % auszugehen (act. II 62.1/18 lit. C Ziff. 6 f.).

Im Verlaufsgutachten vom 19. Juni 2013 (act. IIA 117.1) führte Dr. med. C._____ als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10: F60.31) auf und erachtete die rezidivierende depressive Störung als remittiert (act. IIA 117.1/12 lit. A Ziff. 4.1 f.). Er beschrieb eine deutliche Besserung und Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes, aufgrund der pathologischen Persönlichkeitsorganisation sei hingegen weiterhin von einer gewissen Fragilität und erhöhten Vulnerabilität auszugehen (act. IIA 117.1/13 lit. B, 117.1/16 lit. B). Er bescheinigte dieselbe Restarbeitsfähigkeit wie bereits in seinem Vorgutachten (act. IIA 117.1/17 lit. C Ziff. 4 f., 117.1/19 lit. C Ziff. 13 f.). Die Beschwerdeführerin sei auf gut strukturierte Arbeit mit regelmässigem Rhythmus angewiesen; Überforderungssituationen, allzu hohe Anforderungen an die Flexibilität sowie allzu viele Überstunden und Nacharbeit sollten vermieden werden. Ideal wäre die Arbeit in einem kleinen Team (act. IIA 117.1/17 lit. C Ziff. 3, 117.1/18 lit. C Ziff. 12).

3.1.2 Die Dres. med. D._____, Fachärztin für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin FMH, bzw. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie FMH, vermerkten im bidisziplinären Gutachten vom 10. September 2013 (act. IIA 123.4) die folgenden Diagnosen:

- Spannungskopfschmerzen (ICD-10: G44.2)
- Gewöhnliche Migräne (ICD-10: G43.0)
- Generalisiertes unspezifisches Schmerzsyndrom (ICD-10: R52) seit 1989 mit im Vordergrund stehenden Schmerzen des Achsenskeletts (ICD-10: M54.9), chronifizierten perinealen/kokzygealen Schmerzen (ICD-10: M54.5) sowie Schmerzen parietal und submandibulär ohne erklärenden Befund

Das Spektrum der Beschwerden konnten sie weder rheumatologisch noch neurologisch auf ein objektivierbares Substrat zurückführen (act. IIA 124.4/3 lit. C Ziff. 1). Sie gelangten zum Schluss, dass sich aus der streng auf die beiden Teildisziplinen bezogenen Sicht keine nennenswerten Auswirkungen auf die bisherigen Tätigkeiten ableiten lassen; diese seien vollschichtig und ohne zusätzliche Leistungsminderung zumutbar (act. IIA 124.4 lit. C Ziff. 2-4). Die in der Vergangenheit attestierten Arbeitsunfähigkeiten seien nicht begründbar (act. IIA 124.4 lit. C Ziff. 7 f.). Gemäss dem von Dr. med. D._____ formulierten Zumutbarkeitsprofil sollte medizinisch-theoretisch jede körperlich leicht- bis mittelgradig belastende Tätigkeit zumutbar sein, welche kein länger dauerndes Verharren in statischer Position erfordere, insbesondere nicht in einer Kopfrotation oder Inklinationshaltung. Nach einer Rekonditionierung sollte demgegenüber jede körperlich leicht- bis mittelgradig belastende, regelmässige Positionswechsel erlaubende Tätigkeit vollumfänglich zumutbar sein (act. IIA 123.1/12 lit. B).

3.1.3 Nachdem die Beschwerdeführerin verschiedene medizinische Unterlagen nachgereicht hatte (act. IIA 135/7 ff., 140/2) unterbreitete die Beschwerdegegnerin die Akten dem RAD. In den Stellungnahmen vom 4. bzw. 7. März 2014 (act. IIA 143 f.) vertraten die RAD-Ärzte Dres. med. F._____, Facharzt für Chirurgie FMH, sowie G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die Ansicht, dass auf die Gutachten abgestellt werden könne bzw. eine neue Begutachtung nicht zielführend sei.

Unter Berücksichtigung von weiteren seitens der Beschwerdegegnerin aufgelegten zusätzlichen Berichten (act. IIA 156/2-5) legte der RAD-Arzt Dr. med. H. _____, Facharzt für Rheumatologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, am 22. Januar 2015 seine Ansicht dar, wonach diese die frühere Beurteilung von Dr. med. F. _____ nicht relativierten und sich eine interdisziplinäre Oberbegutachtung erübrige (act. IIA 165).

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

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund 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 Die Administrativgutachten aus den Jahren 2010 bzw. 2013 erfüllen, zusammen mit den RAD-Stellungnahmen, die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und erbringen vollen Beweis, wenngleich vorderhand einige formelle sowie inhaltliche Bedenken bestehen (vgl. E. 3.3.1-3.3.3 hiernach).

3.3.1 Vorab ist augenfällig, dass die Begutachtung im Jahr 2013 unter der Herrschaft der Praxis von BGE 137 V 210 mittels zwei freihändig vergebenen separaten Aufträgen veranlasst wurde (act. IIA 105 f., 116), obwohl insgesamt drei verschiedene medizinische Fachdisziplinen betroffen waren.

Zwar gab es gute Gründe dafür, den bereits mit dem psychiatrischen Vorgutachten betraut gewesenen Dr. med. C. _____ auch mit der Verlaufsbezugutachtung zu beauftragen (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 1. September 2011, 9C_1032/2010, E. 4.1), trotz fehlender Koordination mit den anderen Gutachtern (die rheumatologische bzw. neurologische Exploration erfolgte rund zwei Monate später und es wurde kein Konsensgespräch mit Beteiligung aller Experten durchgeführt) strebte die Verwaltung letztlich aber eine polydisziplinäre Begutachtung an. Weil bei derartigen Expertisen die Gutachterwahl stets nach dem Zufallsprinzip zu erfolgen hat und für eine einvernehmliche Benennung der Experten kein Raum bleibt (BGE 140 V 507), stellt sich die grundsätzliche Frage, ob dieses (gleichsam segmentierte) Vorgehen zulässig ist oder ob nicht in Nachachtung der entsprechenden Verfahrensvorschriften zwingend über das Zuweisungssystem SuisseMED@P eine MEDAS beauftragt werden müsste (vgl. Art. 44 ATSG; Art. 72^{bis} der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; Rz. 2075 ff. sowie Anhang V des vom Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] herausgegebenen und ab 1. Januar 2010 gültigen Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI]). Wie es sich damit verhält, kann hier aber letztlich offen bleiben. Wohl brachte die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. med. E. _____ zunächst Vorbehalte an (act. IIA 112/1, 115/1) und befand die Beschwerdegegnerin über diesen materiellen Einwand nicht mittels Zwischenverfügung, sondern verwies lediglich auf eine «Verfügung vom 22.03.2013» (act. IIA 116), bei der es sich aber um eine formlose Mitteilung handelt (act. IIA 106). Die Beschwerdeführerin beanstandete das grundsätzliche Vorgehen der Auftragsvergabe aber zu keiner Zeit, unterzog sich ohne weiteres den Explorationen und hat auch im Beschwerdeverfahren keine entsprechende Rüge erhoben. In Anbetracht ihres impliziten Einverständnisses wöge der formelle Mangel in der Auftragsvergabe nicht schwer und wäre den Administrativexpertisen allein deshalb nicht der Beweiswert abzusprechen.

3.3.2 Im psychiatrischen Vorgutachten vom 6. Dezember 2010 (act. II 62.1) fehlt eine klare retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit betreffend die Zeit vor der Expertise. Während Dr. med. C. _____ im Zeitpunkt der Begutachtung medizinisch-theoretisch von einer täglichen Resta-

Arbeitsfähigkeit von sechs Stunden mit 10%iger Leistungseinschränkung ausging (act. II 62.1/19 lit. C Ziff. 13 f.), beschränkte er sich in seinen Antworten auf die Fragen nach dem Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit auf die vage Äusserung, es sei seit mindestens zwei Jahren von einer verminderten Arbeitsfähigkeit von über 20 % auszugehen und die (seitens der behandelnden Ärzte) weiterhin attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit erscheine aus rein psychiatrischer Sicht nicht begründet (act. II 62.1/18 lit. C Ziff. 6 f.). Diese reduzierte Aussagekraft des Gutachtens ist aber insoweit von untergeordneter Bedeutung, als die Beschwerdegegnerin für die Zeit davor ohnehin die von den behandelnden Ärzten attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit heranzog, was nicht zu beanstanden ist. Wohl kann auf den Bericht vom 27. Oktober 2009 (act. II 22/8-11) über die Hospitalisation in der Klinik J._____ der Psychiatrischen Dienste K._____ mangels einer definitiven Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht abgestellt werden (VGE IV/2015/57 E. 3.2.2), die behandelnde Dr. med. L._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, bestätigte im Verlaufsbericht vom 28. August 2010 (act. II 56) aber eine seit 30. Mai 2009 andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit, wobei sie diagnostisch unter anderem noch eine gegenwärtig schwere Episode einer rezidivierenden depressiven Störung ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) vermerkte. Weil Dr. med. C._____ nach einem eingehenden klinischen Explorationsgespräch anhand der erhobenen psychopathologischen Befunde (act. II 62.1/10 lit. A Ziff. 3.1) sowie der psychometrischen und labor-technischen Untersuchungen (act. II 62.1/11 lit. A Ziff. 3.2 f.) nachvollziehbar eine weniger schwerwiegende depressive Episode feststellte (act. II 62.1/12 lit. A Ziff. 4.1), ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass sich der psychische Gesundheitszustand spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung vom 22. November 2010 (act. II 62.1/1) entsprechend gebessert hatte.

3.3.3 Dr. med. C._____ ging im Verlaufsgutachten vom 19. Juni 2013 (act. IIA 117.1) von einer weiteren Zustandsbesserung aus, indem er insbesondere die rezidivierende depressive Störung als remittiert qualifizierte (act. IIA 11.1/12 lit. A Ziff. 4.2). Die von ihm beschriebene deutliche Besserung bzw. Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes (act. IIA 117.1/13 lit. B) fand aber keinen Niederschlag in der Arbeitsfähigkeitsbeur-

teilung (act. IIA 117.1/17 lit. C Ziff. 4 f., 117.1/19 lit. C Ziff. 13 f.). Dies mag daran liegen, dass auch (prinzipiell invaliditätsfremde [vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2]) psychosoziale Faktoren, wie die «sehr viel günstigeren Lebensumstände» mit neuer Partnerbeziehung (act. IIA 117.1/15 lit. B), zu einer zwischenzeitlichen positiven Entwicklung beitrugen. Auch wenn das Verlaufsgutachten bezüglich der unveränderten Arbeitsunfähigkeit nicht restlos zu überzeugen vermag (was selbst die Beschwerdegegnerin anerkennt [Beschwerdeantwort S. 3 lit. C lit. b Ziff. 7]), ist aufgrund des darin dargestellten günstigen Beschwerdeverlaufs seit dem ersten Gutachten jedenfalls nicht von einer tieferen als der bereits damals bescheinigten Restarbeits- bzw. Leistungsfähigkeit auszugehen. Zwar beschrieb Dr. med. L._____ am 26. November 2013 (act. IIA 135/10 f.) unveränderte Diagnosen und postulierte nach wie vor eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Beschwerde S 4 Ziff. III Art. 3), sie vermochte aber keine wichtigen – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte zu benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkant oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Auch der Bericht des Hausarztes Dr. med. M._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 23. September 2012 (act. II 100/2-8) ist nicht geeignet, Zweifel an der Remission der rezidivierenden depressiven Störung zu begründen, er hielt im September 2012 noch eine gegenwärtig leichtgradige Episode fest, wobei die Diagnosestellung aus fachfremder Sicht erfolgte und der von ihm verwendeten Klassifikation (ICD-10: F33.2) widersprach (act. II 100/3 Ziff. 1.1).

3.3.4 Die bidisziplinäre Beurteilung der Dres. med. D._____ und E._____ vom 10. September 2013 (act. IIA 123.4) ist nachvollziehbar und überzeugend. Dr. med. E._____ war seit August 2011 im Besitz einer Berufsausübungsbewilligung für den Kanton Bern (vgl. Entscheid des BGer vom 3. Dezember 2012, 8C_436/2012, E. 3.4; Beschwerdeantwort S. 4 lit. C lit. b Ziff. 8) und figuriert im Medizinalberuferegister (vgl. <www.medregom.admin.ch>) erst seit ... mit dem ... Selbst wenn im Zeitpunkt der Begutachtung keine Berufsausübungsbewilligung bestanden hätte, was letztlich offen bleiben kann, würde dies nicht zu einem Beweisverwertungsverbot führen (vgl. Entscheid des BGer vom 3. Dezember 2014, 9C_526/2014, E. 5.5; BGer 8C_436/2012 E. 3.4), denn der Gutachter er-

füllte als Inhaber eines entsprechenden Facharzttitels jedenfalls die fachlichen Voraussetzungen, um als Experte tätig zu sein (BGE 137 V 210 E. 3.3.2 S. 246; Beschwerde S. 5 Ziff. III Art. 4). Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin gegen den in Aussicht genommenen Gutachter lediglich Vorbehalte bezüglich dessen Französischkenntnisse anbrachte (act. IIA 112/1). Dass Dr. med. E. _____, der in anderen Fällen auch als psychiatrischer Experte fungierte, am Anfang seines neurologischen Teilgutachtens – wohl zufolge einer falschen Vorlage – die Qualitätsrichtlinien für psychiatrische Gutachten erwähnte (act. IIA 124.1/2) bzw. angab, er setze sich vorrangig mit den die Psychiatrie betreffenden Dokumenten bzw. Berichten auseinander (act. IIA 124.1/4 lit. A Ziff. 0.2), stellt kein gravierendes Versehen dar, ergibt sich aus seinen übrigen Ausführungen doch zweifelsfrei, dass er die Expertise allein aus neurologischer Sicht erstattete (Beschwerde S. 5 Ziff. III Art. 4).

Die von der Beschwerdeführerin aufgelegten Berichte betreffend die frühere Krankengeschichte (act. IIA 153/3-11) sind nicht geeignet, den Beweiswert der gutachterlichen Schlussfolgerungen zu erschüttern, zumal im Rückweisungsentscheid vom 10. Mai 2010 (act. II 38) festgestellt wurde, dass bis dato kein somatisches Leiden mit relevantem Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestand (VGE IV/2010/57 E. 3.2.1). Die weiteren Berichte, beispielsweise vom Chiropraktiker Dr. N. _____ (act. II 73/1, 96/2), von Dr. med. O. _____, Fachärztin für Neurologie FMH (act. II 73/2, 74/2-4, 76/5-7), sowie vom Hausarzt Dr. med. M. _____ (act. II 100/2-7), waren den Dres. med. D. _____ und E. _____ bekannt und sie setzten sich kritisch mit den massgeblichen Vorakten sowie den früheren bildgebenden Befunden (act. II 76/2-4) auseinander (act. IIA 123.1/2 ff. lit. A, 123.1/10 lit. A Ziff. 3.2, 123.1/11 lit. B, 123.2, 124.1/11 lit. A Ziff. 3.2, 124.1/12 lit. B). Dass Dr. med. D. _____ im rheumatologischen Teilgutachten zur Ausschöpfung der attestierten medizinisch-theoretisch uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit eine vorgängige Rekonditionierung für notwendig hielt, ist unbeachtlich, worauf die Beschwerdegegnerin zutreffend hingewiesen hat (Beschwerdeantwort S. 4 lit. C lit. b Ziff. 9). In der bidisziplinären Beurteilung präzisierten die beiden Experten, dass kein nennenswerter Gesundheitsschaden (somatischer Art) habe objektiviert werden können und der funktionelle Befund in Form einer verspannten/hyper-

tonisierten Muskulatur weder das Kriterium des notwendigerweise anhaltenden noch des schwerwiegenden Gesundheitsschadens erfülle (act. IIA 123.4/3 lit. B). Sie stellten klar, dass die empfohlenen medizinischen Massnahmen sich nicht auf IV-relevante Gesundheitsschäden beziehen (act. IIA 123.4/4). Dass die Beschwerdeführerin Mühe mit dem physiotherapeutischen Muskelaufbau bekundet haben soll (Beschwerde S. 6 Ziff. III Art. 5; Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3), ist vor diesem Hintergrund nicht entscheidend. Ebenso wenig vermag die Beschwerdeführerin aus dem Bericht der Stiftung P. _____ vom 3. Juli 2012 (act. II 94) über das abgebrochene Belastbarkeitstraining bzw. aus dem während der Integrationsmassnahme faktisch präsentierten Leistungsvermögen etwas zu ihren Gunsten abzuleiten (Beschwerde S. 6 Ziff. III Art. 5). Wohl mögen Berichte von Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung zur Ergänzung der medizinischen Unterlagen dienlich sein, die verbindliche Feststellung der noch zumutbaren Arbeitsleistung fällt hingegen in die Kompetenz der rechtsanwendenden Stelle (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196).

Die Beschwerdeführerin rügt prinzipiell zu Recht, dass das rheumatologische Teilgutachten vom 9. September 2013 (act. IIA 123.1) insoweit nicht mehr aktuell ist, als seither diverse weitere Diagnosen hinzugetreten seien (Beschwerde S. 5 Ziff. III Art. 5). So berichteten die Dres. med. Q. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, sowie Dr. med. R. _____, Fachärztin für Rheumatologie FMH, im Juli bzw. September 2014 (act. IIA 156/2-5) insbesondere über eine subtalare Arthrose am linken Fuss sowie über rechtsseitige Hüftbeschwerden, die sehr wahrscheinlich durch ein femoroacetabuläres Impingement hervorgerufen würden. Der RAD-Arzt Dr. med. H. _____ zeigte am 22. Januar 2015 jedoch in schlüssiger Argumentation auf, dass diese zwei neuen Aspekte nicht geeignet sind, die Schlussfolgerungen der bidisziplinären Expertise in Frage zu stellen (act. IIA 165). Unter Berücksichtigung der neuen Fuss- bzw. Hüftbeschwerden ergibt sich zwar somatisch ein etwas verändertes Zumutbarkeitsprofil, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bleibt aber unverändert (act. IIA 165/11 Ziff. 1.1 lit. b).

3.4 Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt hinreichend abgeklärt, weshalb sich das Einholen eines Obergutachtens (Beschwerde

S. 7 Ziff. III Art. 5) erübrigt. Gestützt auf die Administrativgutachten (act. II 62; act. IIA 117, 123 f.) sowie insbesondere den aktuellsten RAD-Bericht (act. IIA 165) ist nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass spätestens im November 2010 eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes im Sinne eines Revisionsgrundes nach Art. 17 ATSG (vgl. E. 2.4 hiervor) eintrat und seither medizinisch-theoretisch eine Tätigkeit von sechs Stunden täglich mit einem um 10 % eingeschränkten Rendement zumutbar ist. Des Weiteren ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin für die davorliegende Zeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausging (vgl. E. 3.3.2 hiervor). Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen dieser medizinischen Ausgangslage.

4.

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

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

4.2 Die Beschwerdegegnerin ermittelte die Vergleichseinkommen – unter der Annahme, die Beschwerdeführerin wäre im hypothetischen Gesundheitsfall vollschichtig erwerbstätig – im Abklärungsbericht Haushalt

vom 24. September 2013 (act. IIA 127) und nahm nachträglich leichte Anpassungen vor (act. IIA 145/4 Ziff. 2, 159/3). Für die Zeit ab September 2009 führte dies zu einem Invaliditätsgrad von 100 % bzw. ab Januar 2011 zu einem solchen von 35 %. Die herangezogenen Werte werden von der Beschwerdeführerin vom Grundsatz her nicht (mehr) bestritten und geben zu keinen Bemerkungen Anlass. Sie beanstandet einzig, dass die Verwaltung vom Tabellenlohn für das Invalideneinkommen keinen leidensbedingten Abzug (vgl. dazu: BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2) zugelassen hat (Beschwerde S. 7 Ziff. III Art. 6).

4.3 Der Verzicht auf einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug ist nicht rechtsfehlerhaft. Die Beschwerdeführerin erfährt durch die reduzierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern eine sich im ermittelten Invalideneinkommen widerspiegelnde Lohneinbusse. Eine darüber hinausgehende lohnmassige Benachteiligung ist angesichts des medizinischen Zumutbarkeitsprofils (act. IIA 117.1/17 lit. C Ziff. 3, 117.1/18 lit. C Ziff. 12, 123.1/12 lit. B, 165/11 Ziff. 1.1) nicht zu erwarten. Die Beschwerdegegnerin zog für das Invalideneinkommen die Tabelle TA7 der vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2010 heran (welche ab der LSE 2012 im Wesentlichen der Tabelle T17 entspricht [vgl. IV-Rundschreiben Nr. 328 des BSV vom 22. Oktober 2014, Anhang]) und stellte dabei auf das Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) des Wirtschaftszweigs Ziff. 23 (andere ...-... Tätigkeiten) ab. Den Tätigkeiten dieses Anforderungsniveaus ist gerade inhärent, dass sie – wie vom psychiatrischen Gutachter gefordert (act. IIA 117.1/17 lit. C Ziff. 3, 117.1/18 lit. C Ziff. 12) – einfach strukturiert sind, mit einem regelmässigen Rhythmus verrichtet werden, nicht allzu hohe Anforderungen an die Flexibilität stellen und kaum zu Überforderungssituationen führen. Bei jeder medizinisch-theoretisch festgelegten Arbeitsfähigkeit ergibt sich überdies von selbst, dass darin nicht viele regelmässig zu leistende Überstunden eingeschlossen sind, andernfalls wäre die Arbeitsfähigkeit höher zu bewerten. Ein zur quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinzutretender Abzug vom Tabellenlohn wegen der nicht mehr zumutbaren Nacharbeit ist unzulässig (vgl. Entscheidung des BGer vom 22. Januar

2015, 8C_693/2014, E. 4.2.1), zumal ...-... Tätigkeiten ohnehin eher selten als Nacharbeit nachgefragt werden. Hinzu kommt, dass in ...-... Tätigkeiten regelmässig keine körperlich schwer belastenden Verrichtungen erforderlich sind und ein arbeitsergonomischer Positionswechsel ohne weiteres möglich sein dürfte. Auch die übrigen Aspekte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) bewirken keine lohn-mässige Benachteiligung, was seitens der Beschwerdeführerin denn auch nicht geltend gemacht wird.

5. Die Beschwerdegegnerin hat den Beginn der ganzen Invalidenrente zutreffend auf den 1. November 2009 gelegt (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG, Art. 29 Abs. 1 IVG; act. II 2; act. IIA 168/7). Die spätestens im November 2010 eingetretene Gesundheitsverbesserung mit einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von nunmehr 35 % ist ab 1. März 2011 zu berücksichtigen. Zwar schliesst Art. 88a Abs. 1 IVV die Annahme einer sofortigen Verbesserung der Erwerbsfähigkeit prinzipiell nicht aus, im vorliegenden Fall ist die Beurteilung von Dr. med. C. _____ betreffend die Zeit vor der ersten Begutachtung jedoch nicht genügend aussagekräftig (vgl. E. 3.3.2 hiervor), weshalb – entsprechend dem Regelfall – die Beobachtungsfrist von drei Monaten abgewartet werden muss. In der vorliegenden Konstellation nicht anwendbar ist Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV, da diese Bestimmung einen laufenden Rentenbezug voraussetzt (vgl. MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Art. 31 N. 110). Die Beschwerde ist folglich insoweit teilweise gutzuheissen, als die Rente bis Ende Februar 2011 statt Ende Dezember 2010 zu befristen ist.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens rechtfertigt es sich, die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, im Umfang von Fr. 600.-- der überwiegend unterliegenden Beschwerdeführerin bzw. im Umfang von Fr. 100.-- der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Anteil der Beschwerdeführerin wird aus dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen; die Restanz des Vorschusses von Fr. 100.-- wird ihr nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

6.2 Für das geringfügige Obsiegen hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG), die ermessenweise auf pauschal Fr. 500.-- festgesetzt wird.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 31. März 2015 insoweit abgeändert, als die Beschwerdeführerin vom 1. November 2009 bis 28. Februar 2011 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden im Umfang von Fr. 600.-- der Beschwerdeführerin und im Umfang von Fr. 100.-- der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Die der Beschwerdeführerin auferlegten Verfahrenskosten werden dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen. Der Rest des Kostenvorschusses, ausmachend Fr. 100.--, wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin Parteikosten im Umfang von Fr. 500.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt 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.