

200 16 756 IV
FUR/BRM/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. September 2017

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
vertreten durch B. _____, lic.iur. C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. Juni 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1966 geborene, seit Februar 1990 von ... herkommend in der Schweiz wohnhafte A._____ meldete sich am 3. April 2013 wegen Rückenbeschwerden und psychischen Problemen für Berufliche Integration/Rente bei der IV-Stelle Bern (IVB) an (Akten der IVB [act. II] 1). Die IVB führte mit der Versicherten ein Erstgespräch durch (act. II 6) und holte medizinische (act. II 14, 15, 18, 22, 23, 24, 29, 31) sowie erwerbliche (act. II 10, 12.1 – 12.4, 13) Unterlagen ein. Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. D._____, FMH Innere Medizin (act. II 33), veranlasste die IVB eine interdisziplinäre Begutachtung unter Beteiligung der Fachgebiete Neurochirurgie und Psychiatrie (act. II 34). Die Gutachten wurden am 6. (act. II 39.1) bzw. am 26. Mai 2014 (act. II 40.1) samt Beurteilung und Prognose aus interdisziplinärer Sicht (act. II 40.2) erstattet. Ferner liess die IVB einen Abklärungsbericht Haushalt erstellen (act. II 45).

B.

Gestützt auf diese Abklärungen stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 11. September 2014 bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 11% die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (act. II 47). Zum hiergegen von der Versicherten, vertreten durch die B._____, lic. iur. C._____, am 13. und 21. Oktober bzw. 10. November 2014 (act. II 51, 53, 54) unter Hinweis auf eine Rückenoperation vom 11. September 2014 und eine Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin erhobenen Einwand liess die IVB den RAD (act. II 56) sowie den Abklärungsdienst (act. II 59) Stellung nehmen und ordnete nach Eingang weiterer Arztberichte (act. II 74) eine RAD-ärztliche Untersuchung an; darüber erstattete Dr. med. E._____, FMH Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, am 23. Oktober 2015 Bericht (act. II 78). Dr. med. D._____ vom RAD stellte am 2. November 2015 eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation gegenüber dem Gutachten vom Mai 2014 fest, womit das dort formulierte Zumutbarkeitsprofil zu modifizieren sei; die angestammte Tätigkeit in der ...

sei nicht mehr, eine angepasste Tätigkeit dagegen zu 100% zumutbar mit einer Leistungsminderung von 20% wegen vermehrter Pausenbedürftigkeit (vgl. act. II 79 – 81). Nach Aktualisierung des Abklärungsberichtes Haushalt aufgrund der neuen medizinischen Unterlagen (act. II 83) erliess die IVB am 30. November 2015 einen neuen – denjenigen vom 11. September 2014 ersetzenden – Vorbescheid, mit welchem sie der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 53% ab 11. September 2014 und einem solchen von 18% ab 1. Januar 2015 eine vom 1. September 2014 bis 31. März 2015 befristete halbe Invalidenrente zusprach (act. II 85).

Zu dem dagegen von der Versicherten, vertreten durch lic. iur. C._____, am 18. Januar 2016 erhobenen Einwand liess die IVB nochmals den RAD, Dr. med. F._____, FMH Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Stellung nehmen (act. II 91) und verfügte am 24. Juni 2016 entsprechend dem Vorbescheid (act. II 96).

C.

Mit Beschwerde vom 29. August 2016 lässt die Versicherte, nach wie vor vertreten durch lic. iur. C._____, insofern die Aufhebung der Verfügung vom 24. Juni 2016 beantragen, als die Arbeitsfähigkeit psychiatrisch näher abzuklären und der Rentenanspruch auch ab 1. April 2015 zu bejahen sei. Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, dass die psychiatrische Begutachtung nicht korrekt durchgeführt worden sei, insbesondere auf die Übersetzung des kurzfristig beigezogenen Dolmetschers mit fraglicher Qualifikation und Sprachkompetenz nicht abgestellt werden könne und gewisse Ausführungen des Gutachters widersprüchlich bzw. nicht nachvollziehbar seien. Ferner hätte die IVB die diagnostizierte Fibromyalgie nach den gemäss neuer höchstrichterlicher Rechtsprechung massgebenden Indikatoren prüfen müssen. Gerügt wird sodann die Festlegung des Status der Beschwerdeführerin. In einem Pensum von 40-50% habe sie lediglich in den letzten Jahren auf Anraten ihres Hausarztes gearbeitet, wobei die Reduktion aus gesundheitlichen Gründen erfolgt sei. Bei guter Gesundheit würde sie heute 50-70% einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgehen und hätte auch das ihr einmal befristet angebotene Pen-

sum von 80% angenommen. Es sei damit von einem Status von 80% Erwerb und 20% Haushalt auszugehen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 29. September 2016 beantragt die IVB, es sei der Beschwerdeführerin unter Androhung einer Reformatio in peius die Gelegenheit zu geben, die Beschwerde zurückzuziehen. Falls sie an der Beschwerde festhalte, sei in Abänderung der angefochtenen Verfügung der befristete Rentenanspruch auf den Zeitraum zwischen dem 1. Dezember 2014 bis 31. März 2015 zu beschränken; gleichzeitig sei die Sache an die Verwaltung zurückzuweisen, damit diese die vom 1. September bis 30. November 2014 geleisteten Rentenzahlungen zurückfordere. Der medizinische Sachverhalt sei mit den Gutachten der Dres. G._____ und H._____ rechtsgenügend abgeklärt und das definierte Zumutbarkeitsprofil schlüssig. Auch der Status sei korrekt festgelegt worden, abgesehen davon, dass selbst wenn von einem Status 100% erwerbstätig ausgegangen würde, sich ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 26% ergäbe. Da es sich nicht um ein Wiederaufleben eines früheren Rentenanspruchs handle, könne die Rentenzusprache nicht bereits ab September 2014, sondern erst ab Dezember 2014 erfolgen.

Die Instruktionsrichterin machte die Beschwerdeführerin mit prozessleitender Verfügung vom 23. November 2016 auf die Möglichkeit einer Schlechterstellung aufmerksam und gab ihr Gelegenheit, sich zur allfälligen Schlechterstellung zu äussern bzw. einer solchen durch Rückzug der Beschwerde zu entgehen.

In ihrer Eingabe vom 31. Januar 2017 hielt die Beschwerdeführerin an ihrer Beschwerde fest, bestätigte ihre bisherigen Ausführungen sowie den gestellten Antrag und bestritt mit dem Hinweis darauf, dass es sich um eine erstmalige Rentenzusprache und nicht um eine Rentenrevision handle, die Argumentation der IVB hinsichtlich des Rentenbeginns.

Duplicando verwies die IVB auf die Ausführungen in der Beschwerdeantwort und hielt am darin gestellten Antrag (reformatio in peius) fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid 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 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 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 Angefochten ist die Verfügung vom 24. Juni 2016 (act. II 96), mit welcher die Beschwerdegegnerin rückwirkend eine vom 1. September 2014 bis 31. März 2015 befristete ganze Rente zugesprochen hat. Die Beschwerdeführerin beantragt die nähere Abklärung der psychiatrischen Arbeitsfähigkeit sowie die Bejahung des Rentenanspruchs auch ab dem 1. April 2015. Im Sinne einer reformatio in peius beantragt die IVB die Beschränkung des Rentenanspruchs auf die Zeit vom 1. Dezember 2014 bis 31. März 2015.

Rechtsprechungsgemäss ist die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413 E. 2d S. 418). Zu prüfen ist somit der grundsätzliche Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Die Spruchkörper urteilen bei Einstimmigkeit auf dem Zirkulationsweg. In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen. In den übrigen Fällen führen sie eine Urteilsberatung durch (Art. 56 Abs. 5 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).

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 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

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 IV-Grad

von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades 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).

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 oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der IV-Grad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293). Die gemischte Methode bezweckt eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des IV-Grades. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, d.h. ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 508).

2.4 Um den IV-Grad 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).

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).

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 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Im Bericht vom 12. Mai 2013 gab der behandelnde Arzt, L._____, Praktischer Arzt für Allgemeine Medizin FMH, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende Schübe des bekannten lumbo-sakroglutealen Schmerzsyndroms mit ischialgieformiger Ausstrahlung links sowie eine mittelschwere Depression an. Es wurde eine psychosozial sehr belastete Familiensituation beschrieben; die Patientin werde seit Jahren wegen Rückenschmerzen bei Dr. med. J._____, Facharzt für Rheumatologie, und wegen Depression bei Dr. med. I._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, behandelt und werde in Zukunft immer

Schmerzen haben sowie depressiv sein. Sie könne aber 50% arbeiten, was therapeutisch vorteilhaft sei. Es bestünden v.a. körperliche Einschränkungen; psychisch und körperlich wäre sie maximal 50% belastbar/einsatzfähig (act. II 14).

3.1.2 Dr. med. J. _____ verwies in seinem Bericht vom 17. Mai 2013 hinsichtlich der Diagnostik auf die beigelegten Berichtskopien verschiedener Ärzte; dabei stand ebenfalls das lumbo-sakrogluteale Schmerzsyndrom im Vordergrund. Derzeit werde die Notwendigkeit eines operativen Vorgehens diskutiert. Der Hausarzt sowie Dr. med. K. _____, FMH Neurochirurgie, attestierten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum Entscheid über die Operation. Nach einer allfälligen Rückenoperation sei eigentlich eine volle Rehabilitation zu erwarten (act. II 15).

3.1.3 Dr. med. I. _____ nannte im Bericht vom Mai 2013 nebst den somatischen Diagnosen eine rezidivierende mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) bei familiärer Belastung mit psychischen Krankheiten und Herzkrankheiten. Eine erste depressive Phase im Jahre 1995 sei offenbar vom Hausarzt mit Antidepressiva behandelt worden; später sei es zu einer psychischen Dekompensation gekommen. Seit der im Juli 2012 etablierten stützenden psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlung sei zuerst eine leichte Besserung des psychischen Zustandes eingetreten; nach einem erneuten rheumatischen Schub mit Hospitalisation im Februar 2013 habe sich der Zustand wieder verschlechtert. Im Vordergrund stünden die körperlichen Beschwerden mit Schmerzsymptomatik, Müdigkeit, rascher Erschöpfung, Antriebsschwäche, geringer Belastbarkeit und gelegentlichen Schlafstörungen wegen starken Schmerzen. Daneben habe sie Schuld- und Angstgefühle, weil sie ihrem psychisch kranken Bruder nicht helfen könne (act. II 18).

3.1.4 Am 22. Mai 2013 wurde bei der Versicherten eine mikrotechnische Fenestration L5/S1 links, dekompressive Rezessotomie, Sequesterektomie, Bandscheibenenukleation und Anuloplastik sowie eine mikrotechnische Fenestration L4/5 links, dekompressive Rezessotomie, Sequesterektomie, Bandscheibenenukleation und Anuloplastik durchgeführt (act. II 22).

3.1.5 Im Verlaufsbericht vom 23. August 2013 attestierte med. pract. L._____ einen stationären Gesundheitszustand ohne Änderung der Diagnosestellung. Eine leichte passende Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin zu 100% ausüben (act. II 23).

3.1.6 Die behandelnde Psychiaterin bescheinigte am 20. September 2013 einen unveränderten psychischen Zustand; dieser sei stark von den körperlichen Beschwerden abhängig. Die Patientin fühle sich nach der Operation körperlich nicht besser (act. II 24).

3.1.7 In den von der IVB eingeholten bidisziplinären Gutachten vom 6. bzw. 26. Mai 2014 wurden in neurochirurgischer Hinsicht als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbales und lumboischialgieformes Schmerzsyndrom links (mit/bei LWS-Fehlform/-haltung, degenerativen LWS-Veränderungen sowie St. n. mikrotechnischer Fenestration L5/S1 links, dekompRESSIVER Rezessotomie, Sequesterektomie, Bandscheibenenukleation und Anuloplastik sowie mikrotechnischer Fenestration L4/5 links, dekompRESSIVER Rezessotomie, Sequesterektomie, Bandscheibenenukleation und Anuloplastik) festgehalten; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein thorakales Schmerzsyndrom (mit/bei BWS-Fehlform/-haltung, degenerativen BWS-Veränderungen) sowie ein zervikales Schmerzsyndrom (mit/bei HWS-Fehlform/-haltung, degenerativen HWS-Veränderungen). Der Versicherten seien körperlich leichte bis körperlich mittelschwere (Anteil max. 50%) konsequent wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche mit um 10% bis max. 20% verminderter Leistungsfähigkeit zuzumutbar (act. II 39.1 S. 20 ff.).

In psychiatrischer Hinsicht konnte aktuell keine krankheitswertige primär psychische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben werden. Die vordiagnostizierte „rezidivierende mittelgradige depressive Episode ICD-10: F32.1“ sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Zusammengefasst liessen sich bei der Versicherten einige Hinweise auf somatische Faktoren erheben, hier explizit die Rückenbeschwerden und eine möglicherweise vorhandene Schlafapnoe, die auf das Befinden jeweils einen deutlichen Einfluss habe. Daneben gebe es Hinweise auf Sorgen und Belastungen im familiären Bereich, aber auch konsekutive Fol-

gen, die sich aus dem Zustand ergäben, keine Arbeitstätigkeit mehr zu erbringen und auch keine finanzielle Unterstützung zu erhalten. Die Ängste um die finanzielle Zukunft ebenso wie die Sorgen um den Gesundheitszustand der Geschwister seien krankheitsfremde Faktoren und nicht Ausdruck einer eigenständigen psychiatrischen Störung bei der Versicherten. Zudem bestünden weitere krankheitsfremde Faktoren, namentlich dass die Versicherte keine Lehre gemacht habe, die deutsche Sprache nach 30 Jahre Aufenthalt in der Schweiz nur sehr mässig erlernt habe und sie als 47-Jährige keine den Rückenbeschwerden angepasste Arbeit finde (act. II 40.1 S. 14 ff.).

Aus interdisziplinärer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der bestehenden körperlichen Beeinträchtigungen als qualitativ und quantitativ beeinträchtigt zu beurteilen. Körperlich leichte bis körperlich mittelschwere (Anteil auf max. 50% begrenzt) konsequent wechselbelastende Tätigkeiten seien in einem Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche mit 10% bis maximal 20% verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar. Ausgeschlossen seien körperlich schwere und ständig sowie häufig/überwiegend körperlich mittelschwere Tätigkeiten, die LWS statisch belastende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der LWS, Tätigkeiten in Zwangshaltungen der LWS (vornübergeneigte Arbeiten), Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der LWS, Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan sowie das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 15 kg, repetitiv 10 kg. Die körperlichen Beeinträchtigungen liessen bis zu einem gewissen Umfang durch medizinische Massnahmen (konservative Behandlung) noch vermindern. Eine zwingende Indikation für eine operative Behandlung werde bei der derzeitigen Befundlage keine gesehen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe kein spezifischer Behandlungsbedarf (act. II 39.1, 40.1 und 40.2).

3.1.8 Wegen – trotz ausgebauter konservativer Therapie – progredienten linksseitigen Lumboischialgien und aufgrund der Diagnose Postdiscectomiesyndrom L5/S1 und L4/L5 nach Hemilaminektomie L4 links sowie Discectomie L5/S1 am 22. Mai 2013 mit Segmentinstabilität und linksseitig führender Neurokompression mit Lumboischialgie links wurde am 11. September 2014 in der Orthopädie Sonnenhof eine Segmentaufrichtung, Fusi-

on und Stabilisation mit ALIF (Synfix 13,5 , 8°, large) L4/L5 und (Synfix 12mm, 12°, large) L5/S1, gefüllt mit je einer halben Packung InductOs und fixiert mit 25 mm Schrauben, durchgeführt (act. II 51 S. 3).

3.1.9 Dr. med. I. _____ erachtete das psychiatrische Gutachten in ihrer Stellungnahme vom 8. November 2014 als nicht schlüssig; die Belastung der Versicherten mit Erbleiden in der Familie, die familiären Verhältnisse und die gesamte Kindheit seien nur ungenügend exploriert worden. Zahlreiche Mitglieder der Familie litten unter einer psychischen Erkrankung und die Patientin sei in schwerst gestörten familiären Verhältnisse aufgewachsen; ferner habe sie über ihre schwierige Ehe berichtet. Aufgrund dessen müsse sie als eine abhängige, wenig durchsetzungsfähige, unsichere Person mit geringem Selbstwertgefühl beurteilt werden, was als abhängige Persönlichkeitsstörung bezeichnet werde. Solche Störungen würden gehäuft mit Depressionen, Angstzuständen und somatoformen Störungen auftreten (act. II 54).

3.1.10 Anlässlich der Kontrolle postoperativ (Sprechstunde für Wirbelsäulenchirurgie vom 17. Dezember 2014) stellten die Ärzte der Orthopädie Sonnenhof einen regelrechten Verlauf fest; zur weiteren Stabilisierung und Förderung einer guten Konsolidation wurde erneut Physiotherapie verordnet und die vollständige Arbeitsunfähigkeit bis am 16. Februar 2015 verlängert. Danach sollte die Patientin wieder in den Berufsalltag integriert werden mit zunächst einer Arbeitsfähigkeit von 50% und Steigerung auf 100% im Verlauf. Es wurde eine berufliche Tätigkeit in einem Bereich mit wechselnd sitzend, stehend/laufender Betätigung ohne Zwangshaltungen oder dem regelmässigen Tragen/Heben schwerer Gewichte empfohlen. Prinzipiell bestehe der Eindruck, dass die Patientin rein von der Rückenproblematik her im Verlauf wieder zu 100% arbeitsfähig sein werde (act. II 58). Ein im Rahmen einer weiteren Verlaufskontrolle am 13. April 2015 angefertigtes CT zeigte eine gute knöcherne Fusion von L4 – S1 ohne Lockerungszeichen im Bereich der Schrauben und ohne degenerative Veränderungen der Anschlusssegmente. Aus rückenchirurgischer Sicht bestehe für leichte körperliche Arbeiten ohne Zwangshaltungen und wechselnder Belastung wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (act. II 62).

3.1.11 Im Rahmen einer RAD-ärztlichen Untersuchung vom 2. September 2015 (vgl. Bericht vom 23. Oktober 2015; act. II 78) wurde das von den Gutachtern im Mai 2014 definierte Zumutbarkeitsprofil aufgrund einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation nach der im September 2014 durchgeführten Versteifungsoperation L4/5 und L5/S1 (vgl. act. II 51 S. 3) insofern angepasst, als die angestammte Tätigkeit (Mitarbeitende in der ...) nicht mehr zumutbar sei, dagegen sei eine angepasste Tätigkeit (körperlich leichte, wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeit; körperfernes Heben und Tragen von Lasten über 7,5 kg, Arbeit auf Schulterhöhe oder darüber sowie wiederholt bückende, kniende und/oder kauernde Tätigkeit nicht zumutbar) mit einem Pensum von 100% bei einer Leistungsverminderung von 20% im Sinne einer vermehrten Pausenbedürftigkeit zumutbar; dieses Zumutbarkeitsprofil gelte ab Januar 2015 (Stellungnahme des RAD vom 2. November 2015; act. II 79 S. 2).

3.1.12 Die RAD-Ärztin Dr. med. F. _____, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, beurteilte das psychiatrische Gutachten vom 26. Mai 2014 als aus fachlicher Sicht korrekt, schlüssig und inhaltlich nachvollziehbar; Dr. med. H. _____ setze sich darin gewissenhaft mit den Vordiagnosen, den anamnestischen Angaben und dem aktuellen Befund auseinander. Die gutachterlichen Feststellungen sprächen in der Gesamtheit sowohl gegen das Vorliegen eines Gesundheitsschadens im psychiatrischen Fachgebiet als auch gegen eine psychische Fehlhaltung und gegen eine Dekonditionierung. Da sich auch keine stereotypen krankhaften Denk- oder Verhaltensmuster gezeigt hätten, seien die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung ebenfalls nicht erfüllt. Einer neuen psychiatrischen Abklärung bedürfe es nicht (act. II 91 S. 2).

3.2 In medizinischer Hinsicht stützt die IVB die angefochtene Verfügung auf die bidisziplinären Gutachten vom Mai 2014 (act. II 40.1 – 40.3) sowie auf die RAD-ärztliche Beurteilung vom 2. November 2015 (act. II 79 S. 2).

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 Be-

weiswürdigung 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). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2).

Die vorliegend eingeholten Gutachten erfüllen die nach der geltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung an eine Expertise gestellten Anforderungen. Sie sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf einlässlichen gutachterlichen Untersuchungen und wurden in Kenntnis der Vorakten sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden abgegeben. Sie überzeugen auch inhaltlich, indem sie in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind (vgl. E. 2.4 hiervor). Insbesondere werden die gestellten Diagnosen sowie Befunde unter Berücksichtigung der übrigen ärztlichen Unterlagen einlässlich diskutiert und gestützt hierauf eine überzeugende Beurteilung der medizinischen Situation abgegeben. Gleiches gilt für den RAD-ärztlichen Bericht vom 2. November 2015. Den medizinischen Grundlagen, auf welche sich die Beschwerdeführerin in ihrer Verfügung stützt, kommt somit voller Beweiswert zu.

Diese Auffassung teilt offensichtlich auch die Beschwerdeführerin, jedenfalls soweit die Feststellungen der somatischen Beeinträchtigungen im Gutachten vom Mai 2014 betreffend. Indessen erlaube nach Auffassung der Beschwerdeführerin der – zwar die aktuelle somatische Situation berücksichtigende – RAD-Bericht vom 2. November 2015 keine schlüssige medizinische Beurteilung im Lichte der nach neuer höchstrichterlicher Rechtsprechung massgebenden Indikatoren. Ferner erachtet sie die Ergebnisse der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. H. _____

als nicht schlüssig und hält weitere Abklärungen für angezeigt. Was die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang insbesondere unter Berufung auf die Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin vom 8. November 2014 (act. II 54 S. 2 ff.) vorbringen lässt, verfängt indessen nicht:

Zunächst hat der RAD-Arzt in seinem Untersuchungsbericht vom 2. November 2015 die – allenfalls Anlass zu einer entsprechenden Prüfung gebende – Diagnose eines fibromyalgieformen Schmerzsyndroms ausdrücklich unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt, sodass schon von daher besehen – worauf auch die IVB in ihrer Beschwerdeantwort zutreffend hinweist – vorliegend keine Prüfung nach den mit BGE 141 V 281 eingeführten Indikatoren zu erfolgen hat.

Was die Beurteilung der psychischen Situation anbelangt, hat das Gericht keinen Anlass, an der Schlüssigkeit des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. H. _____ zu zweifeln. Anhand der Vorakten und der eigenen Untersuchung führt er im psychischen Befund nachvollziehbar aus, dass keine akzentuierten Persönlichkeitseigenschaften und keine spezifische Persönlichkeitsstörung abzuleiten seien. Die dabei auch angesprochenen früheren sowie aktuellen psychosozialen Belastungen werden sodann einlässlich diskutiert und einleuchtend jeweils reaktiven Verstimmungen nach bestimmten Ereignissen zugeordnet; sie sind danach nicht Ausdruck einer eigenständigen psychiatrischen Störung. Schliesslich wird im Gutachten auch nachvollziehbar dargelegt, dass und warum das typische Krankheitsbild einer rezidivierenden depressiven Störung nicht gesehen und eine entsprechende Diagnosestellung nicht bestätigt werden könne (act. II 40.1 S. 16).

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch darauf, dass die behandelnde Psychiaterin in ihrem ersten Bericht zuhanden der IVB zwar die familiäre Belastung mit psychischen Krankheiten erwähnt und eine wiederholte frühere – offensichtlich aber jeweils vorübergehende – depressive Symptomatik mit entsprechenden (in sich abgeschlossenen) Behandlungen beschrieben hatte (act. II 18 S. 3), indessen angibt, dass die aktuellen psychischen Einschränkungen stark von den körperlichen Beeinträchtigungen abhängig seien. Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu früheren Zeitpunkten aus psychischen Gründen ist in den Akten nicht dokumentiert.

Eine solche ergab sich letztlich erst aufgrund der zunehmenden Rückenbeschwerden. Warum dieser Zusammenhang zwischen den körperlichen und psychischen Beschwerden erst jetzt bestehen soll, wird nicht begründet und leuchtet auch nicht ein. Auch hat die behandelnde Psychiaterin – anders als in den vorangehenden Berichten – erst nach Vorliegen des Gutachtens von Dr. med. H._____, welches eine Persönlichkeitsstörung überzeugend ausgeschlossen hatte, von einer solchen Störung gesprochen; diese Argumentation erscheint damit als nachgeschoben. Schliesslich kann auf die Stellungnahme des RAD vom 15. Dezember 2014 (act. II 56) verwiesen werden, in welcher die gegen das Gutachten erhobenen Einwände ausführlich diskutiert und widerlegt werden. Diese Einschätzung wird in einer weiteren psychiatrisch-fachärztlichen Stellungnahme vom 24. März 2016 (act. II 91) integral bestätigt.

3.3 Auszugehen ist nach dem Gesagten somit von der medizinischen Beurteilung und dem Zumutbarkeitsprofil, wie es sich aus der somatisch/psychiatrischen Begutachtung durch die Dres. med. H._____ und G._____ vom Mai 2014 in Verbindung mit der auf einer persönlichen Untersuchung beruhenden RAD-ärztlichen Einschätzung nach Durchführung der Versteifungsoperation vom September 2014 definiert wurde. Der medizinische Sachverhalt erweist sich als rechtsgenügend abgeklärt, weiterer Abklärungen bedarf es nicht.

4.

4.1 Gerügt wird sodann die Festsetzung des Status der Versicherten mit 40% Erwerbstätigkeit und 60% Betätigung im Aufgabenbereich. Für diese Aufteilung stützt sich die Verwaltung auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 11. November 2015 (basierend auf der Erhebung vom 20. August 2014; act. II 83). Geltend gemacht wird, dass die Beschwerdeführerin im Validitätsfall 80% ausserhäuslich erwerbstätig wäre und sich 20% im Haushalt betätigen würde; dies mit der Begründung, dass die IVB den Status anhand der Einkommen der letzten Jahre ermittelt habe, die Beschwerdeführerin ihr Arbeitspensum indessen – auf Anraten des Arztes – bereits seit vielen Jahren wegen der Rückenbeschwerden reduzierte habe.

4.2 Die Verwaltung hat den Status der Beschwerdeführerin, wie bereits erwähnt, auf 40% ausserhäusliche Erwerbstätigkeit und 60% Betätigung im Aufgabenbereich festgelegt.

In seiner Stellungnahme vom 6. Januar 2015 führt der Abklärungsdienst (act. II 59) diesbezüglich zutreffend aus, dass die Beschwerdeführerin seit Juli 2003 mit einem Pensum von 40% (vgl. auch act. II 10) gearbeitet hat, das seither auch nicht verändert worden ist. Ein höherer Verdienst als in dieser Anstellung, der auf ein erheblich grösseres Arbeitspensum schliessen liesse, ist – worauf auch der Abklärungsdienst korrekt hinweist – im IK-Auszug (act. II 13) nicht dokumentiert. Dies sowie die Tatsache, dass eine Arbeitsunfähigkeit wegen der Rückenbeschwerden erst im Jahr 2013 attestiert worden ist – auch wenn diese Beschwerden allenfalls (aber offensichtlich mit geringerer Intensität) bereits seit mehreren Jahren vorhanden gewesen sind –, sprechen eindeutig gegen die Angabe der Beschwerdeführerin, sie wäre heute bei guter Gesundheit zu 80% ausserhäuslich erwerbstätig. Daran ändert nichts, dass sie das – im Übrigen nicht dokumentierte – Angebot für ein befristetes Pensum von 80% aus gesundheitlichen Gründen nicht angenommen hat. Klare Anzeichen dafür, dass sie dauerhaft ein höheres Arbeitspensum angestrebt hätte, sind jedenfalls nicht ersichtlich.

Weitere diesbezügliche Bemerkungen erübrigen sich, nachdem in der Beschwerdeantwort zutreffend ausgeführt wurde, dass sich, ausgehend vom als massgebend beurteilten Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3 hiervor), selbst bei Annahme des geltend gemachten Status sowie unter Berücksichtigung eines – in dieser Höhe wohl kaum gerechtfertigten – Abzuges vom Tabellenlohn von 10% immer noch ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad resultierte.

4.3 Die Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt hat der Abklärungsdienst gestützt auf die Erhebung vor Ort vom 20. August 2014 auf gewichtet 1.5% bemessen.

Die von der Invalidenversicherung eingeholten Abklärungsberichte im Haushalt stellen eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung dar (vgl. SVR 2005 IV Nr. 21 S. 84 E. 5.1.1). 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 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63).

Der Abklärungsbericht vom 11. November 2015 erfüllt die für einen solchen Bericht erforderlichen Kriterien, klar feststellbare Fehleinschätzungen sind nicht erkennbar. Dem Abklärungsbericht kommt somit volle Beweiskraft zu, soweit damit die Beeinträchtigungen im Aufgabenbereich beurteilt worden sind. Diese Beurteilung ist im Übrigen von Seiten der Beschwerdeführerin unbestritten geblieben.

5.

5.1 Zu prüfen bleibt die Bemessung der Invalidität in den verschiedenen Zeitperioden sowie die Befristung der Rente, hinsichtlich welcher die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort beantragt, die Rente sei nicht wie in der angefochtenen Verfügung vom 1. September 2014 bis 31. März 2015, sondern lediglich vom 1. Dezember 2014 bis 31. März 2015 zuzusprechen.

5.2

5.2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufga-

benbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 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 (Abs. 1). Der Rentenanspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Abs. 2).

Die Regelung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG entspricht jener von aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG (Botschaft des Bundesrates, BBI 2005 S. 4568), weshalb die bisherige Rechtsprechung weiterhin anwendbar ist.

Die Wartezeit gilt in dem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine erhebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Als erheblich in diesem Sinne gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (AHI 1998 S. 124 E. 3c).

5.2.2 Ändert sich der IV-Grad 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 IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufga-

benbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

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).

5.3 Vorliegend hat die IVB gestützt auf die massgebende medizinische Sachlage und den schlüssigen Abklärungsbericht Haushalt für die Zeit ab März 2014, d.h. nach Ablauf des Wartejahres, einen (gewichteten) Invaliditätsgrad von 13%, nach Eintritt der Verschlechterung der gesundheitlichen Situation ab September 2014 einen solchen von 53% und im Anschluss an die Rekonvaleszenzphase nach der Versteifungsoperation ab Januar 2015 einen solchen von 18% ermittelt. Sie stützt sich dabei auf die Ermittlung der Invalidität in den verschiedenen Zeitabschnitten, wie sie der Abklärungsdienst im Bericht vom 11. November 2015 vorgenommen hat (act. II 83 S. 13). Die dabei herangezogenen Vergleichseinkommen werden nicht an sich, sondern nur im Zusammenhang mit der Festlegung des Status 40% zu 60% bzw. der hierauf basierenden Anwendung der gemischten Bemessungsmethode in Frage gestellt; sie sind tatsächlich auch nicht zu beanstanden. Dass viele Kriterien dafür sprechen, dass der Status von Seiten der Verwaltung korrekt festgelegt worden ist, diese Frage jedoch letztlich offen gelassen werden kann, da sogar eine Invaliditätsbemessung gestützt auf einen reinen Einkommensvergleich keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad ergäbe, wurde unter E. 4. hiervoor dargelegt. Der unter diesem Aspekt in der Beschwerdeantwort aufgezeigte Einkommensvergleich hält der richterlichen Prüfung ebenfalls stand.

5.4 Nach dem Gesagten ergibt sich, dass die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin als ... seit längerem nicht mehr zumutbar ist (vgl. E. 3 hiervoor) und insofern die grundsätzlichen Anspruchsvoraussetzungen gemäss Art. 28 IVG sowie eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% während eines (Warte)Jahres nach erfolgter Anmeldung (3. April 2013; act. II 1) zu bejahen sind. Nach Ablauf des Wartejahres und bis zum Eintritt einer relevanten Erwerbsunfähigkeit im September aufgrund der am 11. September 2014 durchgeführten Rückenoperation lag keine rentenbegrün-

dende Invalidität vor, sodass die IVB einen Rentenanspruch bis dahin zur Recht verneint hat. Ab dem Zeitpunkt der Operation lag eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor, die zu einem Rentenanspruch führte. Da bis Ende August 2014 kein Rentenanspruch bestand, stellt die anschliessend eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes keinen Revisionsstatbestand dar, welcher gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV zu berücksichtigen wäre bzw. zu einer Rentenerhöhung gemäss Art. 88^{bis} Abs. 1 IVV führen würde. Wird keine Rente bezogen, kann diese auch nicht revidiert bzw. heraufgesetzt werden. Vielmehr wird erstmals überhaupt eine Rente zugesprochen, sodass die dreimonatige Frist laut Art. 88^{bis} Abs. 1 IVV vorliegend nicht zur Anwendung gelangt und einzig entscheidend ist, dass Wartejahr und Frist gemäss Art. 29 IVG erfüllt sind; die Rente wurde somit in der angefochtenen Verfügung richtigerweise mit Wirkung ab September 2014 zugesprochen.

Dem in der Beschwerdeantwort gestellten Antrag, den Rentenbeginn auf 1. Dezember 2014 festzusetzen, ist deshalb nicht zu entsprechen.

Die ab Januar 2015 ausgewiesene Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen, wonach der Beschwerdeführerin ab diesem Zeitpunkt eine angepasste leichte Tätigkeit zu 100% mit einer um 20% verminderten Leistungsfähigkeit zumutbar ist, stellt einen Revisionsgrund dar und ist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ab 1. April 2015 zu berücksichtigen, sodass die Rente korrekt bis Ende März 2015 befristet worden ist.

6.

Die Beschwerde erweist sich aufgrund obiger Darlegungen als unbegründet und ist dementsprechend in Bestätigung der angefochtenen Verfügung abzuweisen.

7.

7.1 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. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.—, der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

7.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat weder die Beschwerdeführerin (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]) noch die obsiegende Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Parteikostenersatz (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.— werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.