

200 13 1112 IV
SCI/MAK/MAA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. Juli 2014

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Mauerhofer

A. _____

Beschwerdeführerin



gegen

IV-Stelle Bern

Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 12. November 2013

Sachverhalt:

A.

A. _____ (Jg. 1968) ist in ... aufgewachsen und ist seit ... in der Schweiz wohnhaft (Antwortbeilage [AB] 2). Sie hat hier verschiedene Erwerbstätigkeiten in der ... und in der ... ausgeübt (AB 22/3 f.). Sie ist in dritter Ehe verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder.

Im Jahr 2008 verlegte A. _____ ihren Wohnsitz erneut nach Dort unterzog sie sich mehreren Rückenoperationen. Nach der Rückkehr in die Schweiz im Jahr 2010 nahm sie bei der Unternehmung B. _____ in ... eine Tätigkeit ab Januar 2011 als „...“-Mitarbeiterin auf. Da sie seit 24. Juli 2011 bis auf weiteres krankgeschrieben war (AB 4, 5), löste die Arbeitgeberin dieses Arbeitsverhältnis per 24. Dezember 2011 auf (AB 12).

B.

Am 6. Dezember 2011 meldete sich A. _____ bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an, dies unter Hinweis auf Rückenbeschwerden, Schwierigkeiten beim Gehen und Stehen, Panik- und Angstattacken, Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit und Denkblockaden (AB 2/4). Am 3. Februar 2012 beantragte sie ferner, es sei ihr ein Distraktionskorsett zuzusprechen (AB 28).

Die IV-Stelle Bern (IVB) tätigte medizinische und erwerbliche Erhebungen (AB 11 f., 16, 18 20, 23). Auf Empfehlung des regionalen ärztlichen Diensts (RAD) holte sie ein neurochirurgisch-psychiatrisches Gutachten ein (AB 44.1, 49.1, 49.2). Gestützt auf die genannten Abklärungen sowie zwei Stellungnahmen des RAD vom 14. und 15. November 2012 (AB 57 f.) erliess sie am 29. November einen Vorbescheid (AB 59) und am 25. Januar 2013 eine gleichlautende Verfügung (AB 64), wonach kein Anspruch auf ein Lendenmieder bestehe.

Mit Vorbescheid vom 30. Januar 2013 teilte sie der Versicherten sodann mit, mangels anspruchsbegründender Invalidität bestehe generell kein An-

spruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, weshalb sie das Leistungsbegehren abzuweisen gedenke (AB 65). Hiergegen erhob die Versicherte – unter Mithilfe der behandelnden Ärztinnen (AB 67/2 ff., 71 ff.) – Einwand (AB 67/1).

Am 30. April 2013 trat die Versicherte ins Spital C. _____ ein (AB 77). Dieser stationäre Aufenthalt dauerte bis am 31. Mai 2013 (AB 81).

Nachdem die zuständige Ärztin des RAD im Rahmen des Vorbescheidverfahrens erneut Stellung genommen hatte (AB 76), wandte sich die IVB mit Ergänzungsfragen an den psychiatrischen Gutachter (AB 78). Dessen Antwortschreiben vom 23. Juli 2013 (AB 82.1) sowie die diesbezügliche Beurteilung durch den RAD vom 26. September 2013 (AB 86) wurden der Beschwerdeführerin zugestellt (AB 87). Die IVB führte dabei aus, sie sehe vor, am in Aussicht gestellten Entscheid festzuhalten. Der Versicherten wurde zudem Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt. Mit Schreiben vom 3. November 2013 (AB 91) erklärte sich diese damit nicht einverstanden. Die IVB verfügte am 12. November 2013 gemäss Vorbescheid (AB 92).

C.

Mit Eingabe vom 11. Dezember 2013 hat die Versicherte die Verfügung der IVB vom 12. November 2013 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern angefochten und sinngemäss eine Teilrente beantragt. Ausserdem wurde um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (uR) ersucht. Auf Aufforderung hin reichte die Beschwerdeführerin die betreffend das uR-Gesuch erforderlichen Unterlagen nach. Mit prozessleitender Verfügung vom 7. Januar 2014 wurde der Antrag wegen fehlender Prozessarmut abgewiesen. Der einverlangte Kostenvorschuss ging fristgerecht beim Gericht ein. Die IVB schloss mit Beschwerdeantwort vom 19. Februar 2014 auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 12. November 2013 (AB 92). Die Beschwerdeführerin beantragt eine Rente; Streitgegenstand bildet demnach der Rentenanspruch.

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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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.

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

2.2 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282).

Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstren-

gung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien:

Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354). Diese für alle Versicherten in gleicher Weise geltende Gerichtspraxis ist weder menschenrechtswidrig noch diskriminierend (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2) noch basiert sie – mit Blick auf die rechtliche Natur des Kriterienkataloges – auf medizinwissenschaftlich unhaltbaren Annahmen (SVR 2012 IV Nr. 32 S. 128 E. 2.3 - 2.5).

2.3 Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belas-

tung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psychosozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

2.4 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 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 Hinsichtlich des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ergibt sich aus den bei den Akten liegenden Arztberichten und RAD-Stellungnahmen das Folgende:

3.1.1 Mit Zwischenbericht zuhanden des Krankentaggeldversicherers, der D._____ AG, vom 13. Dezember 2011 (AB 16/3 ff.) diagnostizierte die Hausärztin, Dr. med. E._____ (Allgemeine Medizin FMH) eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.1), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1) und eine somatoforme Schmerzstörung bei chronischen Lumbalgien (ICD-10: F 45.4). Wegen des Rückenleidens sei längeres Sitzen ungünstig, die Mobilität sei eingeschränkt. Die Patientin sei überhaupt nicht belastbar, emotional sei sie sofort mit allem überfordert. Infolgedessen bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

3.1.2 Im Austrittsbericht der Klinik F._____ vom 11. Januar 2012 wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert. Die Diagnosen entsprechen denjenigen der Hausärztin (AB 20).

3.1.3 Gegenüber der Beschwerdegegnerin erklärte Dr. med. E._____ mit Arztbericht vom 16. Januar 2012 (AB 23/7 ff.), die Beschwerdeführerin

sei weiterhin krankgeschrieben. Es bestünden Schmerzen im Bereich der LWS, Schwäche der Beine und verminderte Mobilität. Hinzu komme die verminderte psychische Belastbarkeit. Eine Wiedereingliederung in einer geschützten Arbeitsstätte könnte am ehesten zu einer Verbesserung der Gesamtsituation führen.

3.1.4 Die RAD-Ärztin, med. pract. G. _____ (Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH), erklärte mit Stellungnahme vom 26. März 2012 (AB 37), anhand der bisherigen Erhebungen bleibe unklar, ob ein IV-relevanter Gesundheitsschaden vorliege. Sie empfehle daher eine neurochirurgisch-psychiatrische Begutachtung.

3.1.5 Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. H. _____ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH), erstattete der Beschwerdegegnerin am 20. April 2012 Bericht (AB 39). Sie diagnostizierte eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4), eine emotionale Instabilität unklarer Genese (differentialdiagnostisch: akzentuierte Persönlichkeitszüge als Folge der andauernden Belastungssituation der letzten Jahre), chronische Lumbalgien mit Schmerzausbreitung (bei Status nach Diskushernie L4/5 links, Implantation eines Wallace interspinous device 2009 und mehreren Revisionen infolge Infektkomplikationen) sowie eine rezidivierende depressive Störung bei der§ leichter Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F33.0). Infolge massiv verminderter Stresstoleranz mit Verstärkung der emotionalen Instabilität, der Schmerzen und der Erschöpfungssymptome bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis auf weiteres. Die bisherige Tätigkeit in einem Call-Center sei auch bei einer Verbesserung nicht geeignet, wobei die Beschwerdeführerin generell mit einem beruflichen Wiedereinstieg zurzeit überfordert wäre. Unter Fortsetzung der Psychotherapie könne mit einer gewissen Stabilisierung gerechnet werden, es sei allerdings mit einer längeren Behandlungsdauer zu rechnen.

3.1.6 Die neurochirurgische Gutachterin, Dr. med. I. _____ (Neurochirurgie FMH), untersuchte die Beschwerdeführerin am 2. Juli 2012 und erstattete der Beschwerdegegnerin am 12. Juli 2012 ihr neurochirurgisches Teilgutachten (AB 44.1). Gestützt auf ihre Untersuchung, einen elektrophysiologischen Untersuchungsbefund vom 10. Juli 2012 (Dr. med. J. _____ [Neurologie FMH]) sowie die bisherigen medizinischen Akten

diagnostizierte die Gutachterin ein chronisches lumbales und lumbofemoralgieförmiges Schmerzsyndrom beidseits, aktuell rechtsbetont bei LWS-Fehlform und -Fehlhaltung und degenerativen LWS-Veränderungen sowie einen Status nach Implantation Wallis interspinous device und mehreren Revisionen bei Infektionskomplikationen, Entfernung und Neuimplantation des interspinous device 2009. Ausgeschlossen seien körperlich schwere Tätigkeiten, hingegen seien leichte und zeitweise körperlich mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten vollzeitlich zumutbar bei einer Leistungsminderung von 10 %, wobei der Anteil mittelschwerer Arbeit mit 10 % begrenzt sei. Der Arbeitsplatz sei rückenergonomisch zu gestalten. Mit Blick auf die eingeschränkte Gehfähigkeit komme nur Heimarbeit mit entsprechendem Zumutbarkeitsprofil in Frage. Aus rein neurochirurgisch-somatischer Sicht sei das Beschwerdebild nicht vollständig erklärbar, es gebe keine objektivierbaren organischen Befunde, die das Ausmass der beklagten Symptome erklären könnten. Somit könne aus neurochirurgischer Sicht auch kein therapeutischer Ansatz formuliert werden, eine operative Behandlung sei jedenfalls nicht indiziert. Hingegen sei die Fortführung konservativer Behandlungsmassnahmen zu empfehlen (Heimübungsprogramm, Analgetika).

Am 23. August 2012 wurde die Beschwerdeführerin von Dr. med. K._____ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) psychiatrisch untersucht; das betreffende Teilgutachten datiert vom 18. September 2012 (AB 49.1). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4) aufgeführt. Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnete der Gutachter eine vordiagnostizierte depressive Episode (ICD-10: F32), die aktuell – möglicherweise im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung – remittiert sei. Die Diagnostik sei im vorliegenden Fall nicht einfach, doch sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht letzten Endes nicht entscheidend, welche Diagnose in den Vordergrund gestellt werde. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass die nachvollziehbare, eng miteinander zusammenhängende Symptomatik aus dem Bereich der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, der dissoziativen Störung oder auch den emotional instabilen Persönlichkeitseigenschaften herrühren könnte. Hinzu komme seit Sommer

2011 eine wechselnde depressive Symptomatik, die gegenwärtig unter Gesprächstherapie und Medikation als weitgehend remittiert zu betrachten sei. Aktuell imponiere jedenfalls kein depressives Syndrom, das die Beschwerdeführerin in ihrer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit andauernd einschränken würde.

Der Gutachter empfahl weiter, die psychopharmakologische Behandlung aufrechtzuerhalten. Unter Hinweis auf die Optionen der Behandlung führte er aus, die Bescheinigung einer anhaltenden 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit durch Dr. med. H. _____ sei nicht nachvollziehbar. Seiner Meinung nach sei vielmehr davon auszugehen, dass die akute psychiatrische Symptomatik doch insgesamt innerhalb nützlicher Zeit sehr gut behandelbar sei, so dass die Beschwerdeführerin – aus rein psychiatrischer Sicht – eine Arbeitstätigkeit zu mindestens 60 % wieder aufnehmen können sollte, im Rahmen von Heimarbeit wohl auch mit vollem Pensum, dies mit einer Leistungseinschränkung von 10 %. Innerhalb von drei Monaten sei die Arbeitstätigkeit (auch ausserhäuslich) noch weiter, d.h. auf über 80 % steigerungsfähig. Mitwirkend seien psychosoziale – und damit krankheitsfremde – Faktoren (berufliche Vorgeschichte, Lebensalter, allgemeine Arbeitssituation), welche möglicherweise ebenfalls dazu beitragen, dass die Beschwerdeführerin sich nicht in der Lage fühle, wieder eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen; zu beachten sei auch die inzwischen eingetretene Dekonditionierung. Hinsichtlich der Ursache für die fehlende Arbeitstätigkeit hielten sich die psychosozialen Faktoren und die psychische Störung etwa die Waage.

In der interdisziplinären Beurteilung und Prognose (AB 49.2) wurden die in den Teilgutachten erfolgten Feststellungen hinsichtlich der Diagnosen wiederholt. Die Gutachter kamen zum Schluss, in körperlich überwiegend leichten Tätigkeiten sei der Beschwerdeführerin nach einer Angewöhnungszeit von sechs Monaten eine Arbeitstätigkeit von täglich fünf bis sechs Stunden zumutbar. Nach weiteren drei Monaten betrage die Arbeitsfähigkeit mindestens 80 %, und zwar auch in ausserhäuslichem Rahmen. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht müsste ein Arbeitsplatz keinen besonderen Anforderungen genügen.

3.1.7 Auf Nachfrage durch die IVB hin erklärte med. pract. G. _____, RAD, mit Bericht vom 15. November 2011 (AB 58), die aus psychischen

Gründen seit Juni 2011 attestierte Arbeitsfähigkeit beruhe auf Störungen, die seitens der IV nicht anerkannt seien, dasselbe gelte für die Abhängigkeit von Rollstuhl und Rollator. Am 4. Dezember 2012 (AB 60) hielt sie ferner fest, die somatischen Diagnosen gemäss neurochirurgischem Gutachten seien nachvollziehbar.

3.1.8 Am 5. Dezember 2012 wurde ein MRI der Lendenwirbelsäule erstellt (AB 71/10); am 14. Januar 2013 folgten je ein MRI der Halswirbelsäule und der Brustwirbelsäule (AB 71/9).

Gestützt auf die genannten Untersuchungen führte Dr. med. L. _____ (Radiologie FMH) am 1. Februar 2013 eine perkutane CT-fluoroskopiegesteuerte intraartikuläre Facettengelenksinfiltration L4/5 beidseits durch (AB 71/2 ff.). Der diesbezügliche Bericht enthält keinerlei Angaben zur Arbeitsfähigkeit oder zum Zumutbarkeitsprofil.

3.1.9 Dr. med. M. _____ (Allgemeine Innere Medizin FMH), welche die Beschwerdeführerin inzwischen als Hausärztin behandelt, erklärte mit Schreiben vom 14. Februar 2013, der Vorbescheid, wonach die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Leistungen der IV habe, sei aus allgemein-internistischer und psychosomatischer Sicht nicht nachvollziehbar (AB 67/4). Das Zumutbarkeitsprofil sei von einer weiteren Abklärungsstelle erneut zu überprüfen, nicht zuletzt mit Blick darauf, dass die Beschwerdeführerin einen zunehmenden Behandlungserfolg festgestellt habe.

Am 9. März 2013 wandte sich Dr. med. M. _____ mit einer Ergänzung an die Beschwerdegegnerin (AB 71/1). Darin werden in erster Linie die aktuellen somatischen Therapiemassnahmen aufgeführt (durchgeführte und weitere geplante Facettengelenksinfiltrationen, Neuraltherapien, Korsett-Rücken-Entlaster) und ferner wird über eine geplante multimodale Therapie im Spital C. _____ informiert.

3.1.10 Dr. med. H. _____ nahm mit Schreiben vom 17. Februar 2013 ebenfalls zum Vorbescheid Stellung (AB 67/2 ff.). Sie diagnostizierte eine emotionale Instabilität, am ehesten im Rahmen einer Persönlichkeitsveränderung bei chronischen Schmerzen und erheblichen Belastungen in der Anamnese (Kindheit, zwei Ehen mit Gewalterfahrung [ICD-10: F62.8]), eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4), Anteile einer somatoform-

men Schmerzstörung im Sinne einer verstärkten Schmerzwahrnehmung bei vorhandenen somatischen Rückenproblemen sowie eine rezidivierende depressive Störung, derzeit remittiert (ICD-10: F33.4). Sie erklärte sich ferner mit dem Gutachter insofern nicht einverstanden, als dieser die somatoforme Schmerzstörung als Hauptdiagnose definierte, bestünden doch erhebliche somatisch bedingte Rückenprobleme. Die Schmerzen hätten zu einer psychischen Destabilisierung geführt; es sei zunehmend schwieriger geworden, die durch schwierige Kindheitserfahrungen hervorgerufene psychische Verletzlichkeit und Selbstwertproblematik zu kompensieren. Was die Arbeitsfähigkeit angehe, sei Heimarbeit aus verschiedenen Gründen ungeeignet. Insbesondere bestehe die Gefahr, dass sich die starken Rückzugstendenzen dadurch chronifizieren könnten. Hinzu komme, dass die Vorstellung, eine geeignete Heimarbeit zu finden, als unrealistisch anmüte. Vielmehr bedürfe es einer beruflichen Abklärung und eines schrittweisen, begleiteten Wiedereinstiegs ins Erwerbsleben.

Dr. med. H._____ ergänzte ihre bisherigen Eingaben mit einem Schreiben vom 24. März 2013 (AB 72). Sie hob darin hervor, die bisherigen Beurteilungen würden die emotionale Instabilität und die agoraphobischen Ängste zu wenig gewichten. Diese hätten auf die Arbeitsfähigkeit jedoch ebenfalls Einfluss. Die Symptomatik erfülle zwar die Kriterien einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung nicht, sie erreiche jedoch ein erhebliches Ausmass, das die Beschwerdeführerin deutlich beeinträchtige. Dasselbe gelte für die agoraphobischen Ängste, die mitunter dazu führen würden, dass die Beschwerdeführerin Mühe habe, das Haus zu verlassen. Ausserdem sei die Gehfähigkeit eingeschränkt. Ein begleiteter beruflicher Wiedereinstieg sei wünschenswert, wobei derzeit in einem geschützten Rahmen und mit der Möglichkeit zu pausieren ein zeitliches Pensum von 40 – 50 % zumutbar sei, dies bei einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 – 30 %.

3.1.11 Mit Schreiben vom 18. April 2013 wandte sich Dr. med. M._____ an die Koordinationsstelle AMA und bat um die Zuweisung ihrer Patientin zwecks objektiver Beurteilung der aktuellen Leistungsfähigkeit (AB 73/3).

Mit Stellungnahme vom 6. Mai 2013 hielt med. pract. G._____, RAD, daraufhin fest, es könne auf das neurochirurgisch-psychiatrische Gutachten

abgestellt werden (AB 76). In somatischer Hinsicht würden keine neuen Erkrankungen geltend gemacht. Die Anschaffung des Rückenkorsetts sei nicht zu befürworten, weshalb weiterhin diesbezüglich keine Kostenübernahme erfolgen könne. Was den geforderten begleiteten Wiedereinstieg angehe, gehöre dieser zu den therapeutischen Massnahmen, die in den Leistungsbereich der Krankenversicherer gehören würden. Mangels eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens und mit Blick darauf, dass das Beschwerdebild aus somatischer Sicht weitgehend nicht begründbar sei, bestehe jedenfalls nicht Anspruch auf berufliche Massnahmen der IV.

3.1.12 Nachdem sich die Beschwerdeführerin vom 30. April bis am 31. Mai 2013 im Spital C._____ stationär aufgehalten hatte, erstattete letztere am 11. Juni 2013 den Austrittsbericht (AB 81). Sie diagnostizierte eine somatoforme Schmerzstörung bei chronischen Lumbalgien (aktuell Schmerzexazerbation), eine dissoziative Bewegungsstörung (aktuell regredient, ICD-10: F44.4), eine mittelschwere Depression sowie einen Vitamin D-Mangel. Am 17. Mai 2013 sei eine (erneute) diagnostische Infiltration mit Lidocain durchgeführt worden, woraufhin die Beschwerdeführerin anschliessend über drei Tage schmerzfrei gewesen sei. Da von einer unspezifischen Reaktion auszugehen sei, habe man von weiteren invasiven Massnahmen abgeraten, was die Beschwerdeführerin aufgrund eines rein somatischen Krankheitskonzepts jedoch schwer verstanden habe. Die Beschwerdeführerin sei in ein multimodales Schmerztherapiekonzept integriert worden, eine Weiterführung der einzelnen Massnahmen sei zu befürworten und bei erneuter Schmerzexazerbation bestehe auch die Möglichkeit einer erneuten Infiltration.

3.1.13 Mit ergänzendem Schreiben vom 23. Juli 2013 nahm Dr. med. K._____ zu den zusätzlichen Fragen der Beschwerdegegnerin Stellung (AB 82.1). Er führt darin aus, Dr. med. H._____ gehe zu Unrecht davon aus, er habe die somatoforme Schmerzstörung als Hauptdiagnose bezeichnet. Es bestehe mit Sicherheit keine Persönlichkeitsstörung. Viel wahrscheinlicher sei, dass eine vorbestehende Symptomatik einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung über Jahre kompensiert geblieben sei. Er wiederholt ausdrücklich, er betrachte die Diskussion rund um die

korrekte diagnostische Zuordnung des Beschwerdebildes als akademisch. Was die psychosozialen Faktoren angehe, seien diese bereits im Gutachten von den psychischen Befunden klar ausgeschieden worden. Hinsichtlich der so genannten Foerster-Kriterien führte der Gutachter aus, im Zusammenhang mit der psychischen Komorbidität sei zu betonen, dass die Beschwerdeführerin eine krankheitswertige psychische Störung erleide, die als anhaltende somatoforme Schmerzstörung *und* dissoziative Störung zu benennen sei. Da die Symptomatik der beiden Störungsbilder aus dem Kapitel F4 der ICD-10 überlappend sei, bestehe keine Komorbidität. Ob eine chronische Begleiterkrankung vorliege, könne nicht aus psychiatrischer Sicht behandelt werden, er verweise daher auf das neurochirurgische Gutachten. Ebenso wenig sei von einem mehrjährigen Krankheitsverlauf auszugehen, zumal eine allenfalls vorbestehende psychische Erkrankung bis zum Sommer 2011 kompensiert gewesen sei. Dem Kriterium des sozialen Rückzugs in allen Belangen des Lebens stehe er als Gutachter kritisch gegenüber. Die Beschwerdeführerin habe eine depressive Episode erlitten und dabei sei womöglich auch ein sozialer Rückzug erfolgt, es könne aber nicht unterstützt werden, jegliche Veränderung des Sozialverhaltens, beispielsweise auch infolge körperlicher Beschwerden, als sozialen Rückzug zu bezeichnen. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer Verlauf der Krankheit liege nicht vor. Die Frage nach einer gescheiterten, konsequent durchgeführten Therapie betrachte er als verfehlt. Im Übrigen halte er weiterhin an seiner bereits im Gutachten formulierten Ansicht fest, wonach perspektivisch zunächst eine Arbeitsfähigkeit von 40 % und später eine solche von 80 % erreichbar sei. Die von Dr. med. H. _____ postulierten beruflichen Massnahmen seien nicht nachvollziehbar. Aufgrund seiner Erfahrung liessen sich die Symptome der psychischen Störung, wie sie diskutiert worden seien, gut bessern oder sogar weitgehend überwinden, so dass die Versicherte wieder eine normale Arbeitstätigkeit aufnehmen könne.

3.1.14 Mit Stellungnahme vom 26. September 2013 vertrat med. pract. G. _____, RAD, die Auffassung, am Gutachten sei weiterhin festzuhalten (AB 86). Sie hob insbesondere hervor, die von den Ärzten des Spitals C. _____ diagnostizierte mittelgradige Depression sei nicht von Psychiatern und ausschliesslich gestützt auf einen Fragebogen festgestellt worden,

den die Beschwerdeführerin bei Eintritt ausgefüllt habe. Im Übrigen stelle auch die behandelnde Psychiaterin seit der Begutachtung keine solche Diagnose.

3.1.15 Mit ihrer Beschwerde reichte die Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren eine Stellungnahme von Dr. med. H. _____ vom 11. Dezember 2013 (Beschwerdebeilage [BB] 2) zu den Ergänzungen des Gutachters vom 23. Juli 2013 (AB 82.1) ein. Die Ärztin führte darin im Wesentlichen aus, ihrer Ansicht nach hätten die emotional instabilen Persönlichkeitseigenschaften durchaus Krankheitswert; sie würden die Beschwerdeführerin auch erheblich in ihrem Alltag einschränken. Insbesondere in Konfliktsituationen zeige die Patientin massive emotionale Reaktionen, was die psychische Belastbarkeit deutlich beeinträchtige. Dissoziative Symptome seien übrigens bereits im Jahr 2007 erwähnt worden. Auch wenn sie in diagnostischer Hinsicht mit dem Gutachter weitgehend übereinstimme, unterscheide sich ihre Einschätzung hinsichtlich der Prognose und der Arbeitsfähigkeit wesentlich. Insgesamt würden die Aussagen des Gutachters der Situation der Beschwerdeführerin nicht gerecht. Die Beschwerdeführerin versuche derzeit, im ersten Arbeitsmarkt wieder Fuss zu fassen, infolgedessen seien berufliche Massnahmen zurzeit nicht angezeigt, es sei denn, die derzeitig versuchte Selbsteingliederung misslinge. Die Beschwerdeführerin sei zwar auf einem guten Weg, ihre Stresstoleranz und allgemeine psychische Belastbarkeit seien jedoch nach wie vor deutlich eingeschränkt.

3.2 Das neurochirurgisch-psychiatrische Gutachten der Dres. med. N. _____ und K. _____ erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Es ist schlüssig, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei und es bestehen keine Indizien gegen seine Zuverlässigkeit; damit erbringt das Gutachten grundsätzlich vollen Beweis für die medizinisch-sachverhaltliche Beurteilung.

3.2.1 In somatischer Hinsicht wird gutachterlich festgehalten, dass die geklagten Beschwerden somatisch höchstens ansatzweise erklärt werden können (AB 44.1). Diese Beurteilung der neurochirurgischen Gutachterin stimmt mit jener der somatisch behandelnden (bzw. konsiliarisch befragten)

Ärzte überein. So kamen auch die Ärzte des Spitals C._____ zum Schluss, Schmerzcharakteristika, -lokalisation und -ausstrahlung seien untypisch für eine organische Pathologie (AB 23/23). Es ist daher unter dem somatischen Gesichtspunkt auf das überzeugende Zumutbarkeitsprofil der Gutachterin abzustellen, wonach schwere Tätigkeiten ausgeschlossen sind, während für eine leichte, zeitweise – anteilmässig maximal 10 % – körperlich mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit besteht. Was die angeblich fehlende „Wegefähigkeit“ angeht – gemeint ist das Unvermögen, sich an einen Arbeitsort zu begeben –, handelt es sich um eine somatisch weder erklärte noch erklärbare Einschränkung, die aus somatischer Sicht keine Berücksichtigung finden kann.

3.2.2 Unter dem Aspekt des psychischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ist vorzuschicken, dass sowohl die behandelnden Ärzte wie auch der Gutachter neben den psychiatrischen Befunden zugleich auch psychosoziale Belastungsfaktoren erhoben und diesen wesentliche Bedeutung für den aktuellen Beschwerdekomples zugeschrieben haben (finanzielle Abhängigkeit vom Ehemann, Angst vor Arbeitsplatzverlust mit anschliessendem tatsächlichen Verlust, vgl. AB 49.1/13, 49.1/24). Dementsprechend wurde in der psychiatrischen Behandlung das Gewicht denn auch auf eine psychotherapeutische Begleitung gelegt, während die Medikation nicht im Zentrum stand (AB 23/12).

Bezüglich der gestellten psychiatrischen Diagnosen ist festzustellen, dass die zunächst mit der Beschwerdeführerin befassten Somatiker von einer Schmerzverarbeitungsstörung ausgingen. Im Rahmen der psychosomatischen Behandlung wurden eine dissoziative Bewegungsstörung (Lähmung der Beine, aktuell regredient), eine somatoforme Schmerzstörung sowie eine mittelschwere Depression diagnostiziert (AB 23/11, 23/17). Seit dem 28. Oktober 2011 findet nun auch eine fachärztliche psychiatrische Behandlung statt, auf deren Basis Dr. med. H._____ der Beschwerdeführerin eine dissoziative Bewegungsstörung, Depressivität im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung bei derzeit leichter Episode und emotionale Instabilität unklarer Genese (DD akzentuierte Persönlichkeitszüge [ohne ICD-10 Code]) attestiert, wobei sie jedoch einen Beschwerdekomples schildert, den sie nur beschränkt mit ICD-10 Codes versieht (AB 39/2).

Vor diesem Hintergrund ist die Beurteilung des Gutachters, wonach die psychopathologischen Befunde eine eindeutige Diagnose kaum erlauben, nachvollziehbar und überzeugend.

So hat denn auch die behandelnde Psychiaterin in der im vorliegenden Verfahren aufgelegten Stellungnahme die Übereinstimmung ihrer Beurteilung mit jener des Gutachters hinsichtlich der Befundlage festgehalten. Diese Befundlage erlaubt kaum, die Diagnose je für sich als erfüllt zu betrachten. Insoweit ist es, unter Berücksichtigung auch der erheblichen psychosozialen Belastungen, durchaus nachvollziehbar, dass Dr. med. H._____ den Beschwerdekomples als ganzes in den Vordergrund stellt. Wenn der Gutachter festhält, es sei am ehesten die somatoforme Schmerzstörung als Leiterkrankung zu betrachten und die Ursache der dissoziativen Symptome in der Schmerzstörung bzw. den emotional instabilen Persönlichkeitszügen zu sehen, so überzeugt dies. Eine abschliessende Beurteilung ist jedoch nicht nötig. Die Schwierigkeiten bei der Diagnostik sind – im Ergebnis – unerheblich: Massgebend ist nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens, entscheidend sind vielmehr dessen konkrete Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Juni 2012, 9C_228/2013, E. 4.1.4). Sowohl auf die Schmerzstörung als auch die dissoziative Störung kommt gleichermassen die so genannte Überwindbarkeitspraxis zur Anwendung, wonach diese Störungen bzw. ihre Folgen im Regelfall mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282; vgl. auch vorstehend E. 2.2). Auch die erwähnten Besonderheiten hinsichtlich der Persönlichkeitszüge gelten praxisgemäss als nicht invalidisierend (SVR 2012 IV Nr. 52 S. 188 E. 3.1).

Mit Blick darauf, dass der Gutachter nachvollziehbar erklärt, unter Medikation habe keine Depressivität erhoben werden können, liegt aus psychiatrischer Sicht (allenfalls) allein eine somatoforme Schmerzstörung mit dissoziativen Symptomen vor, wobei daneben psychosoziale Umstände und emotional instabile Persönlichkeitszüge bestehen, die aber IV-rechtlich nicht massgeblich sind (vgl. vorstehend E. 2.3). Eine psychische Störung, die – für sich genommen – als invalidisierend gälte, ist somit nicht gegeben; ebenso wenig eine psychische Komorbidität, die hinreichend ausgeprägt

wäre, um der somatoformen Schmerzstörung resp. der dissoziativen Störung (im Sinne einer Ausnahme) eine invalidisierende Wirkung zu verleihen. Von den fünf übrigen höchstrichterlichen Faktoren, die der Überwindbarkeit entgegenstehen, fehlen deren vier (vgl. dazu auch AB 82.1/6 ff.): Die Beschwerdeführerin hat sich keineswegs von sozialen Kontakten zurückgezogen, sondern pflegt regelmässig Kontakt mit ihrer Familie (AB 49.1/11). Für einen primären Krankheitsgewinn bestehen keine Anhaltspunkte. Es lässt sich auch nicht sagen, es liege ein chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung vor, zumal die psychiatrische Behandlung erst im Oktober 2011 aufgenommen wurde (AB 39/2) und im Jahr 2013 offenbar auch über mehrere Monate eine deutliche Verbesserung der Gesamtsituation eintrat (AB 81/3). Mit Blick darauf, dass die Beschwerdeführerin ein rein somatisches Krankheitskonzept zeigt (AB 81/3; vgl. E. 3.1.13), ist auch nicht von einer kooperativen Haltung auszugehen, dessen ungeachtet eine konsequent durchgeführte Behandlung gescheitert wäre. Insofern, als seit längerer Zeit Wirbelsäulenprobleme ausgewiesen sind (die das Ausmass der beklagten Symptome allerdings nicht erklären; vgl. E. 3.1.6), liegt zwar eine chronische körperliche Begleiterkrankung vor, dies allerdings nicht in ausgeprägter Form. Dieser Umstand vermag für sich allein die Überwindbarkeit nicht auszuschliessen. Die Voraussetzungen zur Anerkennung des Geklagten als invalidenversicherungsrechtlich relevante Störung sind nicht erfüllt.

Was die – vom Gutachter postulierte – Anpassungszeit angeht, ist auch diese IV-rechtlich nicht zu berücksichtigen, geht sie doch auf die Dekonditionierung, und nicht auf eine IV-rechtlich relevante Erkrankung zurück. Gleiches gilt für die seitens der neurochirurgischen Gutachterin erwähnte Einschränkung auf Heimarbeit, da diese weder objektivierbar noch erklärbar ist. Die Beurteilung der Beschwerdegegnerin ist daher korrekt. Daran vermögen die Berichte der behandelnden Ärztinnen – die in erster Linie insofern vom Gutachten abweichen, als sie durchwegs eine Arbeitsunfähigkeit attestieren – nichts zu ändern.

3.2.3 So erscheint zunächst die Beurteilung von Dr. med. H. _____ vom 17. Februar 2013 (AB 67/2) nicht überzeugend. Die Psychiaterin führt

hier aus, die emotionale Instabilität gehe auf Kindheitserfahrungen und die Gewalterfahrungen in ihren beiden ersten Ehen zurück. Ausserdem wird eine Persönlichkeitsveränderung attestiert. Diese Sichtweise wird damit erstmals vorgebracht; in späteren Berichten (AB 72, 93) wird sie nicht wiederholt. Kommt hinzu, dass die Beschwerdeführerin während Jahren integriert und beruflich erfolgreich war und keinerlei Anzeichen einer solchen auf frühe Ereignisse zurückgehenden Persönlichkeitsänderung zeigte.

Auch die weiteren Abklärungen, insbesondere jene der Abteilung Psychosomatik C. _____-Haus, führen zu keinem anderen Ergebnis. Dort wurde somatisch eine unveränderte Situation festgestellt. Die geklagten Beschwerden wurden wiederum nur sehr beschränkt der somatischen Problematik zugeschrieben (vgl. AB 81/3). In diesem Sinn stützt der Austrittsbericht vom 11. Juni 2013 (AB 81) denn auch die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters, zumal auch dort als erste Diagnose diejenige der somatoformen Schmerzstörung gestellt wird. Schliesslich führt es auch nicht zu einem Leistungsanspruch, dass die Beschwerdeführerin die angeblich „verfahrens soziale Situation“ als erneute Enttäuschung und damit ausgesprochen negativ empfindet, wie im Bericht ebenfalls erwähnt wird (AB 81/4).

3.3 Vom psychiatrischen Gutachten ist aus versicherungsrechtlichen Gründen insofern abzuweichen, als dieses die Leistungsfähigkeit als eingeschränkt betrachtet und eine Angewöhnungszeit postuliert. Im Übrigen geht daraus deutlich und nachvollziehbar hervor, dass die Voraussetzungen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens nicht erfüllt sind. In somatischer Hinsicht ist auf das von Dr. med. I. _____ erstellte Zumutbarkeitsprofil abzustellen, wobei die darin erwähnte Beschränkung auf Heimarbeit unbeachtlich bleibt. Demnach besteht für jede körperlich überwiegend leichte Tätigkeit eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit bei einer Leistungsminderung von 10 %. Unter diesen Umständen kann der Beschwerdegegnerin insoweit nicht gefolgt werden, als sie davon ausgeht, es liege überhaupt keine Invalidität vor. Zweifellos besteht jedoch keine *rentenbegründende* Invalidität, zumal bei einem Einkommensvergleich im vorliegenden Fall beide Vergleichseinkommen auf der Basis der gleichen lohnstatistischen Werte (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, BGE 139 V 28 E.

3.3.2 S. 30) im tiefsten Anforderungsniveau zu bestimmen sind (Lohnstrukturhebung [LSE], Tabelle TA1, Niveau 4, Frauen) und der Invaliditätsgrad daher der Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von vorliegend 10 % entspricht (statt vieler Entscheid des BGer vom 15. April 2003, I 1/03, E. 5.2). Die Beschwerdeführerin hat bereits vorher ausschliesslich leichte Tätigkeiten ausgeübt und ihren Einschränkungen wird bereits mit der Annahme einer Leistungseinbusse von 10 % Rechnung getragen. Ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327) ist daher nicht angezeigt; im Übrigen würde auch die Vornahme eines solchen in der maximal zulässigen Höhe von 25 % (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301) zu einem Invaliditätsgrad von 32,5 % führen ($100 - [100 \times 0.9 \times 0.75]$), was ebenfalls nicht rentenbegründend ist. Die Beschwerdegegnerin hat den – einzig streitigen (vgl. E. 1.2) – Rentenanspruch daher zu Recht verneint und die Beschwerde ist abzuweisen.

4.

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

Vorliegend sind die Verfahrenskosten gerichtlich auf Fr. 800.-- festzusetzen, der unterliegenden Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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.