

200 14 271 IV
KOJ/ZID/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. Juli 2014

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch B. _____

Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. Februar 2014

Sachverhalt:

A.

Nachdem die 1969 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) im Februar 2011 bei der Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung gemeldet worden war (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1), meldete sie sich im März 2011 unter Hinweis auf seit einem Sturz im Januar 2010 auftretende Rücken- und Hüftbeschwerden sowie seit November 2010 bestehende psychische Probleme zum Leistungsbezug an (AB 9). Nach Abklärungen medizinischer und erwerblicher Art (AB 13 ff.) veranlasste die IVB im Rahmen von Integrationsmassnahmen in der Abklärungsstelle C. _____ ein Belastbarkeitstraining vom 16. April bis 8. Juli 2012 (AB 36, 47) und ein Aufbaustraining vom 16. Juli bis 7. Oktober 2012 (AB 46, 52), welches aus gesundheitlichen Gründen per 21. August 2012 abgebrochen werden musste (AB 54). Auf eine per 26. September 2012 erfolgte Anmeldung zur Arbeitsvermittlung und zum Bezug von Arbeitslosenentschädigung hin verneinte das beco Berner Wirtschaft mit Verfügung vom 6. Dezember 2012 die Vermittlungsfähigkeit und Anspruchsberechtigung der Versicherten (AB 60/4). Nach weiteren medizinischen Abklärungen (AB 53 ff.) ordnete die IVB ein psychiatrisches/rheumatologisches Gutachten an, demgemäss bei der Versicherten die psychosomatische Überlagerung der Schmerzen im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Vordergrund steht und die nicht schwergradige psychische Komorbidität seit Februar 2011 zu einer Einschränkung in der bisher ausgeübten Tätigkeit von 40% führt (AB 66.2). Am 19. Juli 2013 erliess die IVB einen Vorbescheid, wonach mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens kein Leistungsanspruch bestehe (AB 69). Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch die B. _____, Einwand (AB 75, 80). Mit Verfügung vom 4. Februar 2014 (AB 83), welche der Rechtsvertreterin der Versicherten am 14. Februar 2014 zuzuging (vgl. AB 85), wies die IVB das Leistungsbegehren entsprechend dem Vorbescheid ab.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch die B._____, mit Eingabe vom 17. März 2014 Beschwerde, welche sie mit Eingabe vom 3. April 2014 aufforderungsgemäss berichtigte. Sie beantragt, ihr seien die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, eventualiter nach Vornahme weiterer Abklärungen, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung lässt sie im Wesentlichen vorbringen, es sei mehrfach eine schwere depressive Episode und einmal auch eine kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden, was sich invaliditätsbegründend auswirke.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. April 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Aufforderungsgemäss reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin am 8. Mai 2014 ihre Kostennote ein.

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 angefochtene 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 Invalidenversi-

cherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 4. Februar 2014 (AB 83). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV. Zu prüfen ist namentlich, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt.

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

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

2.

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

zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

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 Willensanstrengung 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 Die ärztlichen Stellungnahmen zum psychischen Gesundheitszustand und zu dem aus medizinischer Sicht (objektiv) vorhandenen Leistungspotential bilden unabdingbare Grundlage für die Beurteilung der Rechtsfrage, ob und gegebenenfalls inwieweit einer versicherten Person unter Aufbringung allen guten Willens die Überwindung ihrer Schmerzen und die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft zumutbar ist. Im Rahmen der freien Beweiswürdigung darf sich dabei die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – weder über die medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Letzteres gilt namentlich dann, wenn die begutachtende Fachperson allein aufgrund der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Die rechtsanwendenden Behörden haben diesfalls mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mit berücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus

unbeachtlich sind, und ob die von den Ärzten anerkannte (Teil-)Arbeitsunfähigkeit auch im Lichte der für eine Unüberwindlichkeit der Schmerzsymptomatik massgebenden rechtlichen Kriterien standhält (BGE 130 V 352 E. 2.2.5 S. 355; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 15. September 2004, I 515/03, E. 2.2).

2.4 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 Belastung 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).

2.5 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).

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

2.5.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

3.

In medizinischer Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 Gemäss Bericht von Prof. Dr. med. D. _____, Facharzt für Chirurgie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 20. Oktober 2010 habe sich die Beschwerdeführerin am 15. Januar 2010 bei einem Sturz auf das linke Gesäss ein gluteales

Hämatom mit einer massiven Druckdolenz, jedoch ohne weitere Auffälligkeiten zugezogen, welches therapiert worden sei und sich im Laufe der Zeit zurückgebildet habe. Trotz chiropraktischer Behandlung habe keine Besserung erzielt werden können und die Physiotherapie habe zu einer Schmerzverstärkung geführt. Es zeige sich ein chronisches lumbovertebrales Verspannungssyndrom (AB 19/11).

3.2 Vom 16. Februar bis 29. März 2011 war die Beschwerdeführerin auf der psychiatrischen Abteilung des Spitals E. _____ hospitalisiert (AB 26/8).

3.2.1 Anlässlich des Aufnahmegesprächs wurde eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) bei persistierender Schmerzsymptomatik nach Treppensturz im Januar 2010 und psychosozial belastender Situation (pubertierende Tochter und invalider Ehemann) diagnostiziert (AB 19/8 unten). Vor der Einweisung habe sie aufdrängende Suizidgedanken, Überforderungsgefühle und Sorgen um die Zukunft gehabt, wobei die Probleme mit dem Unfall vom 15. Januar 2010 (vgl. E. 3.1 hiervor) begonnen hätten (AB 19/7).

3.2.2 Im Austrittsbericht vom 15. Mai 2011 wurden die Diagnosen wie folgt differenziert: Mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) nach Treppensturz im Januar 2010 und psychosozial belastender Situation (pubertierende Tochter und invalider Ehemann), Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 Z63.0); in somatischer Hinsicht regenerative LWS-Veränderungen mit Spondylarthrosen auf Höhe LWK 4/5 mit rezessalen Engen beidseits (AB 26/8; vgl. auch AB 26/2 Ziff. 1.1). Weiter wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe das Gefühl, dass sie nicht gebraucht werde und sich innerlich leer fühle. Sie zweifle an sich, ob sie eine gute Ehefrau und Mutter sei. Sie fühle sich von ihrem Ehemann sowie von der Tochter ausgenützt und nicht respektiert. Sie möchte mit der Hospitalisation erreichen, dass der Alltag wieder so wie früher funktioniere und sie weniger traurig sein müsse. Sie möchte wieder arbeiten gehen, was nur möglich sei mit weniger Schmerzen und einem psychisch stabileren Zustand. Sie habe grosse Angst vor einer Kündigung und dass sie die Arbeit nicht mehr schaffe. Einen zusätzlichen Rückschlag habe sie erfah-

ren, als sie von der Krankenkasse dahingehend informiert worden sei, die Arztrechnungen würden nicht mehr übernommen (AB 26/9 Mitte). Nachdem die radiologischen Abklärungen der Schmerzsymptomatik kaum körperliche Korrelate gezeigt hätten und die Kortisoninfiltration nicht den erwünschten Erfolg gebracht habe, sei die Beschwerdeführerin anfänglich in eine Lethargie gesunken. Mit der unbefriedigenden Schmerzthematik konfrontiert, habe sie zunehmend eine Frustration gegenüber ihrem Ehemann, der Arbeitssituation und bezüglich fordernden Verhaltens von anderen Patienten äussern können. Dadurch habe sie sich etwas von der dienenden Haltung distanzieren können und sei dadurch weniger stark in die resignative Abwehrhaltung gedrängt worden (AB 26/9 f.).

3.3 Der Hausarzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, übernahm im Bericht vom 31. März 2011 diese Diagnosen (AB 19/2 Ziff. 1.1; vgl. E. 3.1 und 3.2.1 hiervor) und führte zur Arbeitsunfähigkeit aus, die Beschwerdeführerin sei vom 15. Januar bis 21. Februar 2010 100% arbeitsunfähig gewesen, habe dann wieder normal – jedoch mit Schmerzen – arbeiten können, und sei in der Folge wieder voll oder teilweise arbeitsunfähig gewesen (100% vom 20. August bis 4. September 2010, 60% vom 5. September bis 17. Oktober 2010, 100% vom 18. Oktober 2010 bis auf Weiteres; AB 19/3 Ziff. 1.4 und 1.6). Mit Schreiben vom 27. April 2011 ging er von einer Wiederaufnahme der Arbeit ab 2. Mai 2011 im Umfang von 20% aus (AB 22/2), was schliesslich aber nur bis 17. Mai 2011 verwirklicht werden konnte (vgl. AB 50/1).

3.4 Gemäss Austrittsbericht des Spitals G. _____ vom 28. Oktober 2011 wurde die Beschwerdeführerin dort vom 13. September bis 15. Oktober 2011 stationär abgeklärt und behandelt. Dabei wurden eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41) diagnostiziert. Das Denken sei bei Eintritt formal nicht gestört gewesen und um die Schmerzproblematik und die näheren Zukunftsaussichten gekreist; Suizidalität habe sie klar verneint (AB 53/4). Während des Spitalaufenthalts hätten Familiengespräche stattgefunden sowie Einzelgespräche mit Mutter und Tochter, die insgesamt sehr entlastend gewirkt hätten (AB 53/6).

3.5 Im Verlaufsbericht vom 24. Februar 2012 hielt der psychiatrische Dienst des Spitals E._____ fest, das Beschwerdebild, der Grad der medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeit und die diagnostische Einschätzung hätten sich nicht wesentlich geändert (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Die Beschwerdeführerin sei seit dem 22. November 2011 in teilstationärer Behandlung in der Tagesklinik K._____. Sie berichte weiterhin über ausgeprägte Rückenschmerzen, Schlafstörungen, depressive Verstimmungen mit z.T. Suizidgedanken, Selbstvorwürfen und Insuffizienzgefühlen, Zukunftssorgen und Grübeln. Eine deutliche Verminderung der allgemeinen psychophysischen Belastbarkeit und eine erhöhte Erschöpfbarkeit sei zu konstatieren (AB 33/1 Ziff. 3). Ein Beschäftigungsversuch an der regulären Arbeitsstelle schein wegen des reduzierten Zustandes und einem bereits gescheiterten vorgängigen Versuch im Jahr 2011 (vgl. E. 3.3 hiervor) kontraindiziert, jedoch sollte ein Wiedereingliederungsversuch in einer dafür spezialisierten Einrichtung möglich sein (AB 33/2 Ziff. 4).

3.6 Ein Belastbarkeitstraining in der Abklärungsstelle C._____ vom 16. April bis 8. Juli 2012 zeigte eine tiefe Belastbarkeit der Beschwerdeführerin während der ganzen Massnahme auf. Dabei seien zudem Schwankungen bei der Leistung festzustellen gewesen, welche sich sicherlich auf die physische und psychische Befindlichkeit zurückführen liessen. Bei ausgewählten Arbeiten durch wechselpositionierte Arbeitshaltung habe sie gute Resultate erzielen können. Sie habe verlangsamt gearbeitet, habe aber eine gute Qualität gezeigt (Schlussbericht vom 23. Juli 2012; AB 47/3 Ziff. 6). Der Todesfall der Schwiegereltern anfangs Juni 2012 in ... sei ein Rückschlag gewesen. Nach einer sechstägigen Absenz sei sie sehr instabil wieder in der Abklärungsstelle C._____ eingestiegen. Sie habe das Gefühl geäussert, dass alle Fortschritte, welche sie bis dahin gemacht habe, wieder verloren seien. Die Beschwerdeführerin habe auch erwähnt, dass ihre physischen Schmerzen durch den Vorfall wieder viel präsenter geworden seien. In dieser Zeit habe sie eine erhöhte, aber abgesprochene Dosis von Temesta zur Beruhigung eingenommen. Angesprochen auf ihre Selbstgefährdung habe sie gemeint, das sei im Moment weniger ein Thema, da ihr Mann sie jetzt brauche (AB 47/3 Ziff. 5.2).

3.7 Ein Aufbautraining in der Abklärungsstelle C._____ ab 16. Juli 2012 musste per 21. August 2012 abgebrochen werden, da die Beschwerdeführerin kräftemässig an ihre Grenzen gestossen sei (Schlussbericht vom 7. September 2012; AB 52/4). Nach ihrer zweiwöchigen Ferienabwesenheit habe sie sehr aufgestellt und kommunikationsfreudig gewirkt, was aber nicht lange angehalten habe und zusätzlich sei nach einem Autounfall der Tochter eine starke Destabilisierung ihrer gesundheitlichen Situation sowie eine vermehrt in sich gekehrte Arbeitsweise aufgetreten (AB 52/2). In der Folge sei es der Beschwerdeführerin nur noch an einzelnen Tagen gelungen, die geforderte Präsenzzeit einzuhalten. Sie habe weiterhin und fast täglich Hüft- und Rückenbeschwerden sowie vereinzelt Schwindel erwähnt. Mit gesteigerter Präsenzzeit seien auch Venenschmerzen (vom Knie abwärts) hinzugekommen und Müdigkeitserscheinungen sowie Erschöpfung bei und nach der Arbeit hätten sich intensiviert. Auch Schlafstörungen, teils begleitet von Alpträumen, seien weiterhin ein Thema gewesen. Gegen Ende der Massnahme habe sie zunehmend depressiv gewirkt. Die Leistung habe entsprechend ihrer Befindlichkeit sehr stark geschwankt (AB 52/3).

3.8 Gemäss Verlaufsbericht des psychiatrischen Dienstes des Spitals E._____ vom 3. Oktober 2012 sei die bereits seit 22. November 2010 installierte ambulante, integriert psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit Gesprächsterminen in ein- bis zweiwöchentlichen Abständen fortgesetzt worden (AB 55/1 Ziff. 4). Der Gesundheitszustand sei stationär geblieben (AB 55/1 Ziff. 1), jedoch hätten sich die (psychiatrischen) Diagnosen wie folgt verändert (AB 55/1 Ziff. 2): Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, histrionischen und emotional instabilen Anteilen (ICD-10 F60.0), mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41), Agoraphobie mit Panik (ICD-10 F40.01) und Sozialphobie (ICD-10 F40.1).

3.9 Im Rahmen eines interdisziplinären (somatisch-rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachtens vom 5. April 2013 stellten die Gutachter Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. I._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabili-

tation sowie Rheumatologie FMH, auf den psychiatrischen Gesichtspunkt ab (AB 66.2/2).

3.9.1 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 3. April 2013 wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine mittelgradige depressive Episode seit Februar 2011 (ICD-10 F32.1) und familiäre Schwierigkeiten (Z63) diagnostiziert (AB 67.1/8 Ziff. 4). Nach dem Arbeitsunfall des Ehemannes im Jahr 2003 mit Invaliditätsfolge habe die Beschwerdeführerin in hohem Ausmass ausser Haus arbeiten müssen, um die Familie durchzubringen. Sie habe durchgehalten; es fehlten Hinweise dafür, dass bei ihr vor Februar 2011 eine psychische Problematik bestanden habe. Aus dem von ihr im Januar 2010 erlittenen Treppensturz (ohne Frakturen, jedoch mit Kontusionen) habe sich eine hartnäckige Schmerzsymptomatik entwickelt. Es hätten zwar gewisse degenerative Veränderungen in der LWS festgestellt werden können, doch sei es offensichtlich, dass die Beschwerdeführerin die Schmerzen psychosomatisch überlagere: Sie sei auf diese fixiert, äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausdehnung. Es falle auf, dass Lebensprobleme zu einer Verstärkung der Schmerzen führten. Eine psychische Komorbidität habe sich erst mit der Zeit entwickelt. Im Februar 2011 habe die Beschwerdeführerin wegen einer mittelgradigen depressiven Episode hospitalisiert werden müssen. Sie habe im September 2010 ihre Arbeit aufgeben müssen, zudem habe es in der Ehe Schwierigkeiten gegeben und Probleme mit der Tochter. Es könne davon ausgegangen werden, dass zuerst eine depressive Reaktion bestanden habe, die später an Eigendynamik gewonnen habe und in eine depressive Episode übergegangen sei. Der Verlauf der Depressivität könne in den Akten nachvollzogen werden, in der Regel habe eine mittelgradige depressive Episode bestanden. Im Spital G._____ sei sogar eine schwere Episode diagnostiziert worden (vgl. E. 3.4 hiervor). Allerdings sei diese Beurteilung nur schwer in Übereinstimmung zu bringen mit den wenig pathologischen Eintrittsbefunden (keine Suizidalität, keine Ich-Störung, keine Wahrnehmungsstörung, herstellbarer affektiver Rapport). Die Depressivität sei auf mittelgradigem Niveau geblieben, unter anderem weil es erneute Lebensprobleme gegeben habe (Tod der Schwiegereltern, Autounfall der Tochter). Die Depression sei zusätzlich durch finanzielle Schwierigkeiten genährt worden. Eine andere psychische Störung

sei nicht nachweisbar. Die Beschwerdeführerin zeige zwar gewisse Anteile einer sozialen Phobie (vgl. E. 3.8 hiavor), da sie ungern in ein überfülltes Einkaufsgeschäft gehe. Diese Befürchtungen seien aber nicht pathologisch. Ihre Ängste beschränkten sich grossteils in hypochondrischer Art und Weise darauf, dass hinter den Schmerzen eine gefährliche körperliche Krankheit stecken könnte. Sie seien also bereits in der Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung enthalten. Auch die vom psychiatrischen Dienst des Spitals E._____ angeführte Agoraphobie (vgl. E. 3.8 hiavor) könne nicht verifiziert werden. Es fehle die entsprechende Symptomatik. Zudem habe die Beschwerdeführerin 2012 eine lange Busreise nach ... ohne Probleme unternehmen können, was mit einer Agoraphobie nicht in Einklang gebracht werden könnte. Die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (vgl. E. 3.8 hiavor) sei ebenfalls nicht nachvollziehbar. Gemäss den Angaben der ICD-10 entstünden Persönlichkeitsstörungen bereits in der Jugend; es sei deshalb nicht möglich, dass angesichts der diesbezüglich unauffälligen Befunde bei einer 43-jährigen Person diese Störung quasi aus dem Nichts auftreten könne. Es gebe ungünstige krankheitsfremde Faktoren wie jahrelange Überforderung, invalider Ehemann, mässige Motivation zur beruflichen Wiedereingliederung und familiäre Probleme. Im Zusammenhang mit der somatoformen Schmerzstörung sei eine psychische Komorbidität (mittelschweren Ausmasses seit Februar 2011) zu bejahen und die Schmerzproblematik sei progredient und chronifiziert, all das aber nicht in einem derartigen Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit zu mehr als 40% eingeschränkt sei. Zu dieser Beurteilung führe insbesondere, dass die psychische Komorbidität nicht schwergradig sei. Die Beschwerdeführerin gehe von einem sehr tiefen Ressourcenpotential aus; diese Auffassung sei aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar. Wegen der krankheitsfremden Faktoren sei die Prognose nicht sonderlich günstig (AB 67.1/8 ff. und 67.1/14).

3.9.2 Im rheumatologischen Teilgutachten vom 27. März 2013 wurde ein chronisches, therapieresistentes, linksbetontes (thorako-)lumbo-ileosakro-coccygeales Schmerzsyndrom diagnostiziert. Die objektiven Befunde bei der klinischen Untersuchung hätten sich in Grenzen gehalten: Eine relevante Wirbelsäulenpathologie sei nicht erkennbar, Zeichen für ein radikuläres Geschehen würden fehlen und die Hände und Finger und die linke Schulter

sowie die Kniegelenke seien klinisch unauffällig gewesen. Ursächlich stünden extrasomatische Momente sicher deutlich im Vordergrund (AB 66.1/11 f.).

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, das psychiatrische Gutachten vom 3. April 2013 (AB 67.1) erscheine zu wenig qualifiziert, da nicht nur das Spital G._____, sondern auch das Spital J._____ eine schwere depressive Episode festgestellt hätten und sich der Gutachter nur sehr kurz und äusserst vage zur Depression äussere. Nur sehr schwer nachvollziehbar sei die gutachterliche Aussage, die depressiven Episoden stammten aus ihrer Kindheit. Der attestierten kombinierten Persönlichkeitsstörung sei im Gutachten keine Beachtung geschenkt worden (Beschwerde, S. 3 Ziff. 2 f.).

4.2

4.2.1 Das psychiatrische Teilgutachten vom 3. April 2013 (AB 67.1) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5.2 hiavor), weshalb diesem volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die psychiatrische Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung mit mittelgradiger depressiver Episode wird schlüssig begründet und durch diverse andere Arztberichte gestützt (vgl. E. 3.2.1, 3.2.2, 3.3 und 3.8 hiavor). Der Umstand, dass einmalig – und zwar vom Spital G._____ des Spitals J._____ – eine schwere depressive Episode (vgl. E. 3.4 hiavor) diagnostiziert wurde, vermag an diesen übereinstimmenden Einschätzungen nichts zu ändern. Der Gutachter legt denn auch überzeugend dar, dass aufgrund der wenig pathologischen Eintrittsbefunde die Diagnose einer schweren depressiven Episode nicht nachvollzogen werden kann (AB 67.1/10 und 67.1/14; vgl. E. 3.9.1 hiavor). Klar aktenwidrig ist das Vorbringen der Beschwerdeführerin in der Beschwerde, S. 3 Ziff. 3, wonach der Gutachter behauptete, die depressiven

Episoden stammten aus ihrer Kindheit; vielmehr fehlen nach Ansicht des Gutachters Hinweise dafür, dass bei der Beschwerdeführerin vor Februar 2011 eine psychische Problematik bestand (AB 67.1/9 oben). Ebenso isoliert wie eine schwere depressive Episode stehen die Diagnosen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, einer Agoraphobie und einer Sozialphobie (vgl. E. 3.5 hiervor), welche von keinen anderen Ärzten – namentlich auch nicht vom Gutachter – bestätigt worden sind. Der psychiatrische Gutachter begründet dies plausibel und weist auch auf die bestehende psychosoziale Belastungssituation (vgl. E. 2.4 hiervor) hin; diese wird auch in anderen Aktenstücken erwähnt (vgl. z.B. E. 3.2.2 und 3.6 hiervor). Soweit der psychiatrische Dienst des Spitals E. _____ im Schreiben vom 1. Oktober 2013 (AB 80/2) trotzdem an der Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung festhält, erfolgt dies ohne weitere Begründung und Auseinandersetzung mit den Ausführungen des Gutachters. Auf das psychiatrische Teilgutachten vom 3. April 2013 (AB 67.1) ist somit abzustellen.

4.2.2 Auch das rheumatologische Teilgutachten vom 27. März 2013 (AB 66.1) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 2.5.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). An diesem Gutachten übt die Beschwerdeführerin denn auch keine Kritik. Die beiden Teilgutachten stehen in Übereinstimmung untereinander und flossen in die interdisziplinäre Beurteilung (AB 66.2) ein, so dass darauf abgestellt werden kann. Demnach steht die psychosomatische Überlagerung der Schmerzen im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Vordergrund. Während somatisch einzig schwere Arbeiten nicht mehr zumutbar sind und sich eine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht begründen lässt, führt gemäss der Auffassung des Gutachters die nicht schwergradige psychische Komorbidität seit Februar 2011 zu einer Einschränkung in den bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten von 40% (AB 66.2/1).

4.3 Die nachvollziehbare Diagnosestellung einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer mittelgradigen depressiven Episode im interdisziplinären Gutachten (AB 66.2) bedeutet nicht ohne weiteres, dass der aus psychischen Gründen postulierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40% in den bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten (vgl. E. 4.2.2

hiervor) aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht gefolgt werden kann (vgl. E. 2.2 f. hiervor). Dies gilt es nachfolgend anhand der einschlägigen Kriterien (Foerster-Kriterien; vgl. E. 2.2 zweiter Abschnitt hiervor) zu prüfen.

4.3.1 Was die im Vordergrund stehende Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer anbelangt, ist zu beachten, dass mittelgradige depressive Episoden in der Regel keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens darstellen, die es der betroffenen Person verunmöglichte, die Folgen der Schmerzstörung zu überwinden; leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten denn auch grundsätzlich als therapeutisch angebar (Entscheid des BGer vom 29. August 2012, 9C_266/2012, E. 4.3.2). Im vorliegenden Fall sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, die auf etwas Gegenteiliges schliessen lassen. Entsprechend hält der psychiatrische Gutachter fest, durch die Weiterführung der bisherigen Behandlungen und eine optimale medikamentöse Einstellung liessen sich die Beeinträchtigungen vermindern (AB 67.1/12 Ziff. 8) und der Beschwerdeführerin sei es zumutbar, den Zustand der Dekonditionierung zu überwinden (AB 67.1/13 Ziff. 12). Die vorliegend zusätzlich festgestellten familiären Schwierigkeiten stellen sodann als Z-Diagnose kein bei der Beschwerdegegnerin versichertes Risiko dar. Bei den sogenannten Z-Kodierungen handelt es sich um Faktoren, die den Gesundheitszustand lediglich beeinflussen. Die Kategorien Z00-Z99 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind (www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/chapter-xxi.htm). Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (vgl. Entscheid des BGer vom 4. Mai 2009, 8C_570/2008, E. 4.2.5; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, E. 2.2.2.2). Es besteht mithin insgesamt keine relevante psychische Komorbidität.

4.3.2 Auch die weiteren (Foerster-)Kriterien für die Annahme einer ausnahmsweise invalidisierenden somatoformen Schmerzstörung sind nicht

erfüllt. Was zunächst die chronischen körperlichen Begleiterkrankungen anbelangt, müssen solche nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ein erhebliches Ausmass aufweisen, um als relevantes Zusatzkriterium Berücksichtigung zu finden (Entscheid des BGer vom 7. Januar 2009, 8C_348/2008, E. 4.2). Dies trifft vorliegend mangels einer relevanten Wirbelsäulenpathologie (AB 67.1/11) mit vollumfänglicher Zumutbarkeit körperlich leichter bis mittelschwerer Tätigkeiten (vgl. E. 4.2.2 hiervor) nicht zu. Darüber hinaus liegt eine Schmerzproblematik vor, für die es an hinlänglich objektivierbaren organischen Ursachen fehlt und derentwegen eine Schmerzstörung diagnostiziert wurde. Damit entfällt der Aspekt chronischer körperlicher Begleiterkrankungen. Gleiches gilt hinsichtlich des mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufs. Ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit weitgehend unveränderter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung lässt sich zwar mit Bezug auf die Schmerzproblematik nicht von der Hand weisen; dieser Verlauf ist jedoch für Somatisierungsstörungen diagnosespezifisch und daher nicht ausschlaggebend (Entscheid des BGer vom 16. Dezember 2008, 8C_195/2008, E. 7.3). Mit Blick auf das psychiatrische Gutachten bleibt weiter festzuhalten, dass die soziale Integration nicht verlorengegangen ist (AB 67.1/11) und sich die Beeinträchtigungen, wie erwähnt, durch die Weiterführung der bisherigen Behandlungen und eine optimale medikamentöse Einstellung vermindern lassen (AB 67.1/12 Ziff. 8), wobei es der Beschwerdeführerin zumutbar ist, den Zustand der Dekonditionierung zu überwinden (AB 67.1/13 Ziff. 12).

4.3.3 Die im grundsätzlich beweiskräftigen interdisziplinären Gutachten (AB 66.2) vorgenommene ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit (bzw. der Arbeits- und Leistungsfähigkeit) der Beschwerdeführerin kann somit aus rechtlicher Sicht nicht übernommen werden. Die mittelgradige depressive Episode und die somatoforme Schmerzstörung stellen nach dem Dargelegten keine rechtserheblichen (invalidisierenden) Gesundheitsschäden dar. Die somatisch bedingte Unzumutbarkeit, schwere Arbeiten auszuüben (AB 66.1/12 unten), wirkt sich auf die bisherige Tätigkeit höchstens marginal aus und stellt deshalb ebenfalls keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar. Somit fehlt es vorliegend an einer Grundvoraussetzung für einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Der Sachverhalt ist hinreichend abgeklärt, auf weitere Beweiserhe-

bungen ist in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

4.4 Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 4. Februar 2014 (AB 83), in welcher ein invalidisierender Gesundheitsschaden verneint wurde, ist nach dem Ausgeführten nicht zu beanstanden. Damit hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Leistungen der IV. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

5.

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

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 700.-- festgesetzt, der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 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. 700.-- 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

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.