

200 14 316 IV
LOU/ABE/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. September 2014

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Abenhaim

A. _____
vertreten durch B. _____
3001 Bern

Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. Februar 2014

Sachverhalt:

A.

Die 1956 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war zuletzt von Januar 2003 bis August 2008 als ... angestellt. Am 27. Januar 2009 meldete sie sich wegen Rückenproblemen, Rheuma, Depressionen, Kopfschmerzen, Schlafproblemen und Eisenmangel (bestehend seit 2000) bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage [AB] 1, 11). Die IVB tätigte Abklärungen (AB 3 ff.), insbesondere veranlasste sie eine neurochirurgisch-psychiatrische Untersuchung (Gutachten vom 16. Oktober 2009 [AB 25] und vom 2. November 2009 [AB 27]) sowie eine Haushaltsabklärung. Im entsprechenden Abklärungsbericht vom 27. November 2009 (AB 28) wurde der Status mit 60% Erwerbs- und 40% Haushaltstätigkeit festgelegt. Nachdem (vgl. AB 41/3) der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 14% vorbescheidweise (AB 29) die Rentenabweisung in Aussicht gestellt worden war, erfolgte vom 11. Februar bis zum 6. Mai 2010 eine (weitere [vgl. AB 25/19]) Hospitalisation in der Klinik C._____ (AB 46/2). Alsdann liess die IVB die Versicherte durch ihren Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) psychiatrisch untersuchen (AB 51). Am 26. April 2011 kündigte sie erneut an, das Leistungsbegehren abzuweisen (AB 59). Nach erfolgtem Einwand (AB 60) veranlasste die IVB eine neue Haushaltsabklärung (AB 63) und ermittelte nunmehr einen Invaliditätsgrad von 8% (Vorbescheid vom 14. November 2011 [AB 64]).

In der Folge befand sich die Versicherte vom 14. Februar bis zum 14. April 2012 zum dritten Mal in stationärer Behandlung in der Klinik C._____ (AB 71). Schliesslich veranlasste die IVB abermals eine neurochirurgisch-psychiatrische Begutachtung (Gutachten vom 22. Oktober 2012 [AB 76] und vom 22. Januar 2013 [AB 81.1]). Nach erneuter Haushaltsabklärung (AB 85/2) und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 86 ff.) wies die IVB den Rentenanspruch mit Verfügung vom 27. Februar 2014 (AB 99) ab. Ausgehend von einem Status von 60% Erwerb und 40% Haushalt ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von insgesamt 15%.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch die B. _____, am 31. März 2014 Beschwerde und beantragte die kostenfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Zusprechung mindestens einer Viertelsrente. Zur Begründung wird im Wesentlichen eine unrichtige und unvollständige Feststellung des Sachverhalts gerügt sowie eine Verletzung des Gehörsanspruchs geltend gemacht.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Mai 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeabweisung.

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 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 27. Februar 2014 (AB 99). Streitig und zu prüfen ist 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.

In formeller Hinsicht macht die Beschwerdeführerin vorab eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör geltend: Die Beschwerdegegnerin habe in medizinischer Hinsicht einzig auf die zuletzt eingeholten Expertisen vom 22. Oktober 2012 (AB 76) und vom 22. Januar 2013 (AB 81.1) abgestellt. Eine Begründung, weshalb die anderen ärztlichen Berichte und Meinungen unberücksichtigt geblieben seien resp. eine Auseinandersetzung mit diesen fehle.

2.1 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101], Art. 42 Satz 1 ATSG). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 BV. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181).

2.2 Die Begründung der vorliegenden Verfügung ist rechtsgenügend. Die wesentlichen Überlegungen, die hinter dem abschlägigen Entscheid standen, lassen sich daraus entnehmen, nämlich dass aus psychiatrischer Sicht von keinen Einschränkungen ausgegangen und aus somatischer Sicht körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ganztags als zumutbar erachtet und dabei eine 10-20%-ige Leistungsmin-derung zuerkannt werde (AB 99/1). Zudem stellte die Beschwerdegegnerin fest, dass selbst unter Berücksichtigung der einwandweise geltend ge-machten Einschränkungen kein Rentenanspruch resultierte. Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung ist nicht zu beanstanden, dass die Verfügung selbst keine einlässliche Auseinandersetzung mit sämtlichen ärztlichen Beurteilungen enthält. Solches könnte schon aus Praktikabi-litätsgründen nicht verlangt werden. Nichts anderes ergibt sich aus dem von der Beschwerdeführerin erwähnten Grundsatz der freien Beweiswürdi-gung. Zwar sind die Beweise auch im Verwaltungsverfahren frei zu würdi-gen; die Pflicht, bei einander widersprechenden medizinischen Berichten die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medi-zinische These abgestellt wird, gilt jedoch allein im Beschwerdeverfahren (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch E. 4.2 hiernach). Ausserdem hat die Beschwerdegegnerin die Einwände (AB 89, 91) sowohl dem RAD als auch dem Abklärungsdienst zur Stellungnahme unterbreitet. Die ent-sprechenden Berichte (AB 95/3, 96/13, 98/2), welche ausführliche Ausein-andersetzungen mit den Vorbringen der Beschwerdeführerin wie auch mit den von den Gutachtern abweichenden Meinungen der behandelnden Ärz-te enthalten, lagen der Verfügung bei und wurden explizit als integrierende Bestandteile derselben erklärt (vgl. AB 99/2). Damit war es der rechtskun-dig vertretenen Beschwerdeführerin ohne weiteres möglich, die Verfügung sachgerecht anzufechten, zumal sie nicht geltend macht, aktenmässig nicht umfassend dokumentiert gewesen zu sein. Die Rüge der Gehörsverletzun-gen erweist sich folglich als unbegründet.

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dau-ernde 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).

3.2 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 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).

3.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.4 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 beziehungsweise der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 125 V 146 E. 2a S. 150).

3.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

4.

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

4.1.1 Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, nannte im Bericht vom 16. Mai 2009 (AB 15) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit/bei
2. Thorakolumbovertebralsyndrom
 - multisegmentale degenerative Veränderungen
 - Osteochondrose L5/S1
 - Spondylarthrosen TH 11/12 rechts
3. Coxarthrose links
4. Depressive Störung mit/bei
 - somatischem Syndrom
 - Schlafstörungen
 - neurovegetativer Dysregulation

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beständen ein Eisen-, Vitamin B12- und Folsäuremangel. Gemäss Angaben der Patientin sei diese im Jahr 2000 von einer Leiter aus 2m Höhe gestürzt; seither habe sie immer wieder Rückenschmerzen, die im Frühjahr 2008 exazerbiert seien und seither anhalten würden. Die Arbeit im ... könne die Patientin nicht mehr aufnehmen. Sie könne auch zukünftig keine rückenbelastenden Arbeiten und keine anderen körperlich schweren Arbeiten mehr ausüben.

4.1.2 Dr. med. K. _____, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, führte im Gutachten vom 16. Oktober 2009 (AB 25) Folgendes auf:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Panvertebrales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulären Beinschmerzen beidseits
 - keine radikuläre, periphere oder zentrale neurologische Störung
 - gute Beweglichkeit aller Wirbelsäulenabschnitte
 - mässig ausgeprägte degenerative Veränderungen aller Wirbelsäulenabschnitte
 - leichte Fehlhaltung HWS, BWS, LWS
 - Ausschluss einer Neurokompression

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Adipositas
- Rhizarthrose rechts
- Status nach Karpaltunneloperation rechts, Tendovaginitisoperation linker Daumen, Calcaneusspornoperation rechts, Tonsillektomie und Hämorrhoidenoperation, Coxarthrose links

Neurologisch falle eine Hyperlordose auf, die Beweglichkeit sei aber weder im zervikalen noch im thorakalen oder lumbalen Wirbelsäulenabschnitt erheblich eingeschränkt. Ein sensomotorisches Defizit liege nicht vor, die Sensibilitätsstörung der rechten Körperhälfte lasse sich nicht zuordnen. Es beständen degenerative Veränderungen, jedoch keine Neurokompression. Die bisherige Tätigkeit im ... sei 8 Stunden pro Tag zumutbar, wobei wegen

kurzer Lockerungspausen mit einer Leistungseinbusse von 15% gerechnet werden müsse. Zumutbar seien Arbeiten mit Heben und Tragen von Gewichten von maximal 8 kg sowie einer Steh-, Sitz- und Gehdauer von einer Stunde. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen im lumbalen Wirbelsäulenbereich. Eine solchermassen angepasste Tätigkeit sei ganztags ohne Leistungseinbusse zumutbar.

4.1.3 Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nannte im Gutachten vom 2. November 2009 (AB 27) folgende Diagnosen: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0), invalider Ehemann, mässige kulturelle Integration und lange Phase von Arbeitsuntätigkeit (ICD-10 Z60.3/Z63/Z56). Nach dem Leitersturz im Jahr 2000 sei es im Verlauf der Jahre zu einer erheblichen Verstärkung der Schmerzproblematik gekommen. Heute seien davon mehrere Körperteile betroffen, es habe sich eine psychosomatische Überlagerung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eingestellt. Die Explorandin sei auf die Schmerzen fixiert, zeige hypochondrische Befürchtungen und eine Schmerzausdehnung. Bei Lebensproblemen komme es zur Verstärkung der Schmerzen. Nebst der Schmerzproblematik seien Ehe- und familiäre Probleme sowie psychosoziale Belastungen aufgetreten, welche Ende Mai 2009 eine Hospitalisation nötig gemacht hätten. Da es bestimmte Ursachen für die depressiven Verstimmungen gegeben habe und immer noch gebe, sei von einem reaktiven Geschehen auszugehen. Wegen der Chronizität der Symptomatik könne heute von einer depressiven Episode ausgegangen werden; die gegenwärtige Episode sei leichtgradig ausgeprägt. Eine adäquate psychiatrische Behandlung sei anzuregen; dadurch könne die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden. Es gebe bedeutende ungünstige krankheitsfremde Faktoren, welche die Erwerbsfähigkeit einschränkten. Aus psychischer bzw. psychosomatischer Sicht könne von einer ca. 15%-igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, wobei die Prognose günstig sei. Sowohl die bisherige wie auch andere Tätigkeiten seien zu 85% zumutbar. Im Haushalt sei die Explorandin nicht eingeschränkt.

4.1.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nannte im Untersuchungsbericht vom 15. Sep-

tember 2010 (AB 51) die Diagnosen einer depressiven Störung, derzeit leichtgradig (ICD-10 F32.0) sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4); differenzialdiagnostisch erwähnte sie eine kulturell bedingte Schmerzverarbeitungsstörung. Die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Untersuchung ein äusserst appellatives Verhalten mit erheblicher Verdeutlichung gezeigt. Insgesamt scheine sie sich in eine Krankheitsrolle geflüchtet zu haben mit grossem sekundären Krankheitsgewinn. Es scheine insofern zu einem Rollentausch gekommen zu sein, als die Kinder wesentliche Teile im Haushalt und Begleitungen übernehmen würden, Dolmetscherfunktionen hätten sowie offenbar auch Geld zuschiesesen würden. Aus den Blutspiegelwerten könne angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin ihre Medikamente nicht zuverlässig einnehme. Die depressive Störung sei zurzeit leichtgradig, könne aber durchaus höhere Grade annehmen „durch das Triggern“ im Rahmen der Schmerz(verarbeitungs)störung. Jedoch erscheine sie nicht fixiert und unabänderlich und in diesem Sinne therapierbar.

4.1.5 Im Bericht vom 1. November 2010 (AB 56/3) führte der behandelnde Dr. med. G._____, visiert durch Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, die Patientin habe bei Behandlungsbeginn (2009) über Symptome geklagt, die klinisch einer mittelgradigen, phasenweise schweren depressiven Episode entsprächen. Im Rahmen der zunehmenden depressiven Symptomatik habe sie die schwierigen Lebensumstände (u.a. finanzielle Sorgen, schlechtes familiäres Klima, Drogenentwöhnung des Sohnes, Alkoholabusus der Tochter) sowie die wechselhafte Schmerzsymptomatik als unerträglich erlebt. Der bisherigen Tätigkeit als ... könne sie nicht mehr nachkommen; empfehlenswert wäre eine berufliche Abklärung betreffend die Ressourcen für eine leidensangepasste Tätigkeit.

4.1.6 Im Bericht der Klinik C._____ vom 11. Juli 2012 (AB 71/2) wurden folgende Diagnosen genannt:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.21)
- Thorakolumbovertebrales Syndrom
- Coxarthrose links
- V.a. Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.0)

Die Patientin habe sich auf freiwilliger Basis zum dritten Mal in der Klinik aufgehalten. Bei Eintritt sei der formale Gedankengang aufgrund der in ... gegebenen Antworten schwer beurteilbar gewesen, habe aber kohärent gewirkt. Die Patientin habe über starkes Gedankenkreisen, teilweise Gedankendrängen berichtet. Die Affektlage sei deutlich depressiv, teilweise gereizt, und die Schwingungsfähigkeit deutlich eingeschränkt gewesen. Im Verlauf des Aufenthalts sei die Patientin immer offener und zugänglicher geworden und habe den Konflikt mit ihrem Ehemann und die daraus resultierenden Belastungen differenziert thematisiert. Im Rahmen des Paargesprächs habe sich ein relevantes Gewaltpotential gezeigt. Gegenseitige Überforderung, geringe Wertschätzung, Verzweiflung und Trauer hätten ein gefährliches Mass an körperlich gewalttätigen Handlungen erreicht. Die Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung habe aufgrund der sprachlichen Barriere nur aufgegriffen werden können; die Patientin habe vor dem Hintergrund ihrer jahrelangen körperlichen Misshandlungserlebnisse u.a. von flashback-artigen Zuständen, emotionaler Stumpfheit und Alpträumen gesprochen.

4.1.7 Dr. med. I. _____, Fachärztin für Neurochirurgie, nannte im Gutachten vom 22. Oktober 2012 (AB 76) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches panvertebrales und lumboischialgiformes Schmerzsyndrom beidseits mit/bei Wirbelsäulenfehlform/-haltung, ungünstiger lumbosakraler Statik und degenerativen Veränderungen. Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe die Dekonditionierung. Die von der Explorandin angegebenen schmerzbedingten Beeinträchtigungen könnten qualitativ und quantitativ nicht vollständig mit objektivierbaren Befunden erklärt werden. Im Eindruck der klinischen Untersuchung hätten sich vielmehr auch Hinweise für eine subjektive quantitative Ausgestaltung ergeben. Aus neurologischer Sicht seien körperlich leichte und körperlich mittelschwere Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche zumutbar; dabei bestehe eine 10 bis maximal 20%-ige Verminderung der Leistungsfähigkeit. Ausgeschlossen seien ständig sowie häufig/überwiegend körperlich schwere Tätigkeiten, die Wirbelsäule anhaltend statisch belastende Tätigkeiten, solche in Positionsmotonien und in anhaltend oder häufig repetitiven Zwangshaltungen der Wirbelsäule. Repetitive Gewichtsbelastungen seien mit 15 kg limitiert. Die

bisherige Tätigkeit als ... sei aus rein neurochirurgischer Sicht in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche zumutbar; dabei bestehe eine Leistungsminderung von 10-20%. Die körperlichen Beeinträchtigungen könnten durch medizinische Massnahmen vermindert werden (u.a. bewegungsaktive Lebensweise, Gewichtsoptimierung, bedarfsweise medikamentöse analgetische Behandlung, intermittierend krankengymnastische Übungen).

4.1.8 Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, legte im Gutachten vom 22. Januar 2013 (AB 81.1) dar, es läge keine krankheitswertige psychische Störung im Sinne einer Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er zunächst die in der Klinik C. _____ diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.21), wobei die Diagnose aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig sei. Auch der vorgeäusserte Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.0) sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig. Die vordiagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sei aus aktueller versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar (S. 23). Die bisherige Tätigkeit sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht und unter Ausserachtlassung körperlicher wie auch anderer Faktoren (u.a. psychosoziale Belastungen) zu 8½ Stunden an fünf Tagen in der Woche zumutbar. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit (S. 41). Die Explorandin sei in jeglicher Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht müsse ein Arbeitsplatz keinen besonderen Anforderungen genügen (S. 42).

4.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in

Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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).

4.3 Bei Erlass der angefochtenen Verfügung stützte sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf die Beurteilung der Dres. med. I. _____ und J. _____. Das neurochirurgische Gutachten vom 22. Oktober 2012 (AB 76/2) und die psychiatrische Expertise vom 22. Januar 2013 (AB 81.1) erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert medizinischer Gutachten gestellten Anforderungen (E. 4.2 hiavor) und überzeugen. Sie beruhen auf einlässlichen Untersuchungen, wurden unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie unter Beizug eines Dolmetschers (vgl. AB 76/10, 81.1/16) und in Kenntnis der Vorakten erstattet. In der Darlegung der medizinischen Situation sind sie widerspruchsfrei und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Damit kommt den Gutachten voller Beweiswert zu (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 253).

4.3.1 Die neurochirurgische Beurteilung von Dr. med. I. _____ wird seitens der Beschwerdeführerin nicht bemängelt. Soweit sie hingegen geltend macht, der psychiatrischen Expertise von Dr. med. J. _____ sei die Schlüssigkeit abzusprechen, ist Folgendes festzuhalten: Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (S. 4) hat der psychiatrische Experte weder die Diagnostik anderer Ärzte noch die durchgeführte medizinische Behandlung „für völlig verfehlt“ dargestellt. Vielmehr hat er den Vordiagnosen aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugeschrieben bzw. ist er nach einlässlicher Auseinandersetzung mit den übrigen psychiatrischen Beurteilungen zum Schluss gelangt, die

Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit schwerer Episode und die Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung seien – wiederum aus versicherungspsychiatrischer Sicht – diskussionsbedürftig. Dies gibt zu keinen Beanstandungen Anlass (vgl. aber E. 4.3.2 hiernach). Vielmehr gehört es zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110). Ausserdem ist der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits Rechnung zu tragen. Da die behandelnden Ärzte, namentlich die Dres. med. D._____ und G._____ sowie diejenigen in der Klinik C._____, vorliegend keine Aspekte benannt haben, die im Rahmen der Begutachtung durch Dr. med. J._____ unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, vermögen deren anderslautende Einschätzungen (AB 71/2, 89/4, 91/3) das psychiatrische Administrativgutachten von Dr. med. J._____ nicht in Frage zu stellen (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

4.3.2 Ob in psychiatrisch-diagnostischer Hinsicht von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen ist, was die Fachärzte bisher annahmen (vgl. AB 3/9, 3/2, 15/1, 27/6, 51/7, 56/3, 69/5), oder ob – wie vom Gutachter Dr. med. J._____ postuliert (AB 81.1/31) – die entsprechende Diagnose (aktuell) nicht (mehr) zu stellen ist, kann letztlich offen bleiben. Denn zum einen ist aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht die Diagnose an sich massgebend, sondern vielmehr die konkreten Auswirkungen einer Gesundheitsstörung auf die Arbeitsfähigkeit. Zum anderen würde die Annahme einer somatoformen Schmerzstörung, was beschwerdeweise sinngemäss verlangt wird, im vorliegenden Fall zu keinem anderen Ergebnis führen. Diesfalls wäre anhand der zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze (E. 3.2 hiervor) zu prüfen, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Rechtssinne vorliegt. Mit anderen Worten könnte die ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit – anders als die Beschwerdeführerin der Auffassung zu sein scheint – nicht gleichgesetzt werden mit der rechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit. 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 die rechtsanwendende Behörde dabei weder über die medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur 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. Diesfalls ist 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). Vorliegend ergibt diese Prüfung was folgt:

4.4

4.4.1 Die im Vordergrund stehende Frage nach dem Vorliegen einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ist zu verneinen. Selbst wenn abweichend vom Gutachter Dr. med. J. _____ von einer (nach wie vor bestehenden) depressiven Störung ausgegangen würde, begründete diese keine Komorbidität im Sinne der massgeblichen Rechtsprechung. Eine solche wäre höchstens in leicht- bis mittelgradigem Ausmass gegeben (vgl. AB 3/2, 25/19, 27/6, 51/7, 56/3). Dass Episoden schweren Grades bestanden, wie von den Ärzten der Klinik C. _____ (AB 46/2, 71/2) und nachträglich (vgl. aber AB 15/1) vom Hausarzt auf Frage des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin attestiert (AB 69/5), findet weder Rückhalt in den übrigen Akten noch lässt sich solches durch die jeweils erhobene Befundlage untermauern (vgl. AB 81.1, S. 29 und 35). Die Beurteilungen der Klinik C. _____ gründen denn

auch – wie von der RAD-Psychiaterin nachvollziehbar festgehalten (AB 51/7) – weitestgehend auf subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Ausserdem wiesen bereits der Gutachter Dr. med. E. _____ sowie die RAD-Psychiaterin Dr. med. F. _____ darauf hin, dass die entsprechende Diagnosestellung aufgrund der mit der „Sprachbarriere“ (AB 22/3, 46/5) verbundenen Schwierigkeiten hinsichtlich der Anamneseerhebung zu relativieren sei (AB 27/7, 58/6). Praxisgemäss kann eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode nicht als eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens betrachtet werden, welche es der betroffenen Person verunmöglicht, die Folgen einer Schmerzproblematik zu überwinden; selbst dann nicht, wenn diese im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 13. April 2012, 8C_213/2012, E. 3.2, vom 7. Februar 2012, 9C_736/2011, E. 4.2.2.1 und vom 23. November 2010, 9C_749/2010, E. 4.3.1). Vorliegend ist vielmehr davon auszugehen, dass es sich bei der Depressivität der Beschwerdeführerin um eine (reaktive) Begleiterscheinung der Schmerzstörung und nicht um eine selbstständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität handelt (vgl. BGE 130 V 352 E. 3.3.1 S. 358; vgl. auch AB 27/7). Schliesslich ist festzustellen, dass praktisch sämtliche Ärzte bei der Umschreibung des Krankheitsbildes auf ausgeprägte psychosoziale Belastungen und damit krankheitsfremde Faktoren (Ehe- und familiäre Probleme, finanzielle Schwierigkeiten, u.a.) hinwiesen (AB 3/12, 22/8, 27/7, 51/8, 56/4, 69/3, 71/4 f., 81.1/39, 91/4). In Würdigung der gesamten Aktenlage ist deshalb davon auszugehen, dass das Beschwerdebild massgeblich von den erheblichen psychosozialen Faktoren (mit)bestimmt wird. Unter den gegebenen Umständen sind diese aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht unbeachtlich (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2).

Als relevante Komorbidität im Sinne der Rechtsprechung von vornherein ausser Betracht fällt die von den Ärzten der Klinik C. _____ geäusserte (Verdachts-)Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Im entsprechenden Austrittsbericht wurde explizit festgehalten, diese habe „nur aufgegriffen werden“ können (AB 71/5). Abgesehen davon ist angesichts der Umstände, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Exploration

durch Dr. med. J. _____ geltend machte, sie habe bereits nach der Hochzeit (1974) körperliche Gewalt vom Ehemann und der Schwiegermutter erfahren (AB 81.1/18), der Beginn einer posttraumatischen Belastungsstörung dem Trauma mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten folgt (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 208), hier jedoch erst seit dem Jahr 2012 die Rede davon ist (vgl. AB 71/2), diese Diagnose nicht nachvollziehbar. Der Gutachter Dr. med. J. _____ wies denn auch überzeugend darauf hin, dass die geltend gemachten körperlichen Misshandlungserlebnisse im psychotherapeutischen Sinn traumatisierend gewesen sein mögen, damit jedoch die formalen Diagnosekriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne der ICD-10 nicht erfüllt sind (AB 81.1/39; vgl. auch AB 96/14). Was schliesslich die sog. Z-Diagnosen (AB 27/6) anbelangt, ist festzuhalten, dass diese nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung fallen (vgl. Entscheid des BGer vom 28. Juni 2012, 9C_537/2011, E. 3.1). Eine eigenständige psychische Erkrankung im Sinne einer Komorbidität liegt somit nicht vor.

4.4.2 Auch die weiteren massgeblichen Kriterien sind nicht oder nicht in einem Ausmass erfüllt, um von einem invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden ausgehen zu können. Die Lösung der innerfamiliären und Ehekonflikte wäre bei konsequenter Therapie möglich, was sich jeweils im Rahmen der Aufenthalte in der Klinik C. _____ zeigte. Die Flucht in die Krankheit aus psychosozialen Gründen ist deshalb unbeachtlich. Nicht massgebend ist ferner der *sekundäre* Krankheitsgewinn (AB 51/8). Ebenso wenig kann die Behandlung als gescheitert bezeichnet werden. Zum einen war im Verlauf des stationären Aufenthalts im Frühjahr 2012 eine Besserung des Zustands zu beobachten (AB 71/5); zum anderen kann die psychiatrische Behandlung aufgrund der Sprachprobleme (AB 27/4, 51/7, 71/5) nicht als optimal bezeichnet werden. Schliesslich dürfte eine Verbesserung des Gesundheitszustands erreicht werden, wenn sich die Beschwerdeführerin strikte an die medizinisch indizierte Medikation halten würde (AB 51/8). Zudem sind die therapeutischen Massnahmen nicht ausgeschöpft (AB 76/24). Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, d.h. ein schwerwiegender, nahezu umfassender Rückzug mit gleichsam apathi-

schem Verharren in sozialer Isolierung (BGE 130 V 352 E. 3.3.2 S. 358), liegt nicht vor; immerhin unternimmt die Beschwerdeführerin regelmässig Spaziergänge (AB 27/5) und pflegt zumindest innerfamiliäre Beziehungen (gemeinsames Kochen und Essen mit Familienangehörigen, die im gleichen Haus wohnen [AB 81.1 S. 16 und 19 unten]; vgl. auch AB 27/5). Ob das Kriterium eines mehrjährigen chronifizierten Krankheitsverlaufs mit Bezug auf die Schmerzproblematik zu bejahen ist, kann offen bleiben, denn ein solcher ist für Somatisierungsstörungen diagnosespezifisch und damit nicht ausschlaggebend (vgl. Urteil des BGer vom 30. November 2007, I 937/06, E. 4.3). Zwar liegen mit den (mässig ausgeprägten) degenerativen Veränderungen in der Wirbelsäule (AB 25/12, 76/19) körperliche Begleiterscheinungen vor. Da die Beschwerdeführerin jedoch von Seiten des Bewegungsapparates weiterhin belastbar ist resp. sich die objektivierbaren somatischen Befunde abgesehen von einer 10-20%-igen Leistungsminde- rung nicht auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auswirken (vgl. AB 76/25), lässt dieses Kriterium eine Willensanstrengung zur Überwindbarkeit der Schmerzen nicht als unzumutbar erscheinen. Vorliegend ist deshalb davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin über hinreichende Ressourcen verfügt, um eine Erwerbstätigkeit auszuüben.

4.4.3 Nach dem Dargelegten sind der Beschwerdeführerin sowohl die angestammte als auch andere körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Wechselbelastung ganztätig zumutbar; dabei ist die Leistungsfähigkeit 10-20% eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht bestehen keine (zusätzlichen) Einschränkungen.

5.

Die Beschwerdegegnerin ist im Abklärungsbericht Haushalt vom 5. Juni 2013 (AB 85/2) – wie schon in denjenigen vom 27. November 2009 (AB 28/2) und vom 9. November 2011 (AB 63/2) – davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit zu 60% erwerbstätig und zu 40% im Haushalt tätig wäre. Der Status an sich wird von der Beschwerdeführerin nicht bestritten. Es bestehen auch keine Anzeichen dafür,

dass diese Erhebung unzutreffend wäre. Der Invaliditätsgrad ist damit entsprechend der gemischten Methode (E. 3.4 hiavor) zu bemessen.

5.1 Zur Prüfung der Invalidität im Erwerbsbereich wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Dabei sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns massgebend (BGE 129 V 222); diesen hat die Beschwerdegegnerin korrekterweise auf das Jahr 2009 festgesetzt.

5.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Lässt sich jenes nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30).

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1).

5.1.2 Die Beschwerdegegnerin ermittelte gestützt auf die Angabe des früheren Arbeitgebers, wonach sich der Stundenlohn auf Fr. 17.15 belief (AB 11/2), ein Valideneinkommen pro 2009 von Fr. 22'950.--. Das Invalideneinkommen (Fr. 19'428.--) berechnete sie anhand der LSE (AB 85/8). Hinsichtlich des zuletzt erzielten Lohnes bestehen diverse Unklarheiten. Zum einen geht aus dem Arbeitgeberbericht nicht hervor, ob im angegebe-

nen Lohn Ferien- und Feiertagsentschädigungen enthalten sind, ob ein 13. Monatsgehalt ausgerichtet wurde und wie es sich mit dem Feiertagszuschlag verhielt (vgl. AB 1/10 ff.). Da für die Ermittlung des Valideneinkommens somit nicht auf die Lohnangaben des ehemaligen Arbeitgebers abgestellt werden kann und die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, sind beide Vergleichseinkommen auf der Basis der LSE zu bestimmen (vgl. E. 5.1.1 hiavor). Weil sich die attestierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit auch auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bezieht, sind Validen- und Invalideneinkommen vom gleichen Tabellenlohn ausgehend zu berechnen, wobei sich die genaue Ermittlung erübrigt. Denn wo zur Bestimmung der Vergleichseinkommen dieselbe Vergleichsgrösse herangezogen wird, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (vgl. Entscheid des BGer vom 9. März 2007, I 697/05, E. 5.4). Im Erwerbsbereich resultiert somit ein Invaliditätsgrad von 15% (vgl. E. 4.4.3 hiavor). Die in der Beschwerde (S. 7) thematisierte Frage nach einem allgemeinen Abzug kann unter diesen Umständen offen bleiben, müsste ein solcher doch nicht nur beim Invaliden-, sondern zufolge Abstellens auf die statistischen Werte auch beim Valideneinkommen berücksichtigt werden; folglich hätte er auf den Invaliditätsgrad keine Auswirkung. Ebenso erübrigt sich bei dieser Ausgangslage eine Einkommensparallelisierung.

5.2 Was sodann die Einschränkungen im Haushalt anbelangt, die im Haushaltsabklärungsbericht auf 14% veranschlagt wurden (AB 85/12), wird in der Beschwerde (S. 8) ausgeführt, die Beschwerdeführerin bestreite die entsprechenden Angaben. Abgesehen davon, dass sich diese Rüge in einer pauschalen Beanstandung erschöpft, vermag die Beschwerdeführerin aus dem geltend gemachten Umstand, ihre Kinder würden praktisch den gesamten Haushalt erledigen (Beschwerde, S. 8), nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Wie im Erwerbs- ist auch im Haushaltsbereich nicht die tatsächlich gelebte Situation (dort die effektive Verwertung der Arbeitsfähigkeit), sondern die gestützt auf eine sorgfältige Sachverhaltsabklärung vorgenommene, allenfalls theoretische Zumutbarkeitsbeurteilung massgebend. Wenn die Abklärungsfachperson unter Berücksichtigung der nicht zu beanstandenden gutachterlichen Einschätzungen zum Schluss kommt, die Beschwerdeführerin sei im Haushalt zu 14% eingeschränkt, ist dies nicht zu beanstanden. Da der Abklärungsbericht vom 5. Juni 2013 (AB 85/2) die

Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert erfüllt und keine klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen, besteht für das Gericht kein Anlass, in das Ermessen der Abklärungsfachperson einzugreifen (BGE 130 V 61 E. 6.2 S. 63; SVR 2012 IV Nr. 54 S. 196 E. 3.2). Damit ist im Haushalt von einer 14%-igen Einschränkung auszugehen.

5.3 Im Ergebnis resultiert bei einer gewichteten Einschränkung von 9% im Erwerbzbereich ($15\% \times 0.6$) und einer solchen von 5.6% im Haushaltsbereich ($14\% \times 0.4$) ein rentenausschliessender Gesamtinvaliditätsgrad von aufgerundet (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123) 15%.

Damit ist die angefochtene Verfügung vom 27. Februar 2014 (AB 99) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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:

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.