

200 14 408 IV  
KOJ/JAP/SEE

## Verwaltungsgericht des Kantons Bern

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. Juli 2014

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Jakob

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. März 2014

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1968 geborene A. \_\_\_\_\_ (fortan Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich unter Hinweis auf Infektionskrankheiten, starke Müdigkeit, eine Unterfunktion der Schilddrüse, Depressionen sowie ein Sicca-Syndrom, am 28. Januar 2008 bei der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Diese ermittelte einen Invaliditätsgrad von 20 % und verneinte mit Verfügung vom 22. Mai 2009 (AB 35) einen Rentenanspruch. Eine hiergegen erhobene Beschwerde (AB 39) wies das Verwaltungsgericht mit unangefochten gebliebenem Urteil IV/09/630 vom 1. März 2010 (AB 50) ab.

### **B.**

Am 27. August 2012 meldete sich die Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 55), worauf ihr diese am 12. Oktober 2012 formlos mitteilte, dass derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und der Anspruch auf eine Invalidenrente geprüft werde (AB 63). In der Folge nahm die IVB weitere erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 12. September 2013 (AB 77), bei einem Invaliditätsgrad von 27 %, die Abweisung des Leistungsbegehrens hinsichtlich der Invalidenrente in Aussicht.

Hiermit zeigte sich die Versicherte mit Einwand vom 11. Oktober 2013 (AB 80) nicht einverstanden, worauf die IVB nach Rückfrage beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 93) an ihrem Vorbescheid festhielt und mit Verfügung vom 11. März 2014 (AB 94) einen Rentenanspruch verneinte.

**C.**

Mit Eingabe vom 28. April 2014 erhob die Versicherte, vertreten durch die B.\_\_\_\_\_, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr sei eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen und sinngemäss geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich seit der Abweisung des ersten Leistungsgesuchs erheblich verschlechtert. Der RAD habe eine Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes anerkannt, im Widerspruch dazu jedoch eine unveränderte medizinische Situation festgehalten, weshalb auf diese Beurteilung nicht abgestellt werden könne. Die Beschwerdegegnerin habe in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes seit 2010 keine psychiatrischen Arztberichte eingefordert, dies habe sie nachzuholen und zusätzlich eine psychiatrische oder gar eine polydisziplinäre Begutachtung zu veranlassen. Gemäss Einschätzung des behandelnden Arztes sei ihre Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit derart eingeschränkt, dass ein zu einer ganzen Invalidenrente berechtigender Invaliditätsgrad resultiere.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 2. Juni 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

**Erwägungen:**

**1.**

**1.1** Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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 Verfügun-

gen. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes 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 11. März 2014 (AB 94). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränk-

kungen 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).

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-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

**2.2** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente

und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

**2.4** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Dies gilt auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351) sowie analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Inva-

lidityt zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

### **3.**

**3.1** Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht zum Schluss gelangte, die Beschwerdeführerin habe keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Zu prüfen gilt es somit zunächst, ob im Vergleich zur Sachlage, wie sie der Leistungsablehnung im Jahr 2009 (AB 35) zugrunde lag, im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 11. März 2014 (AB 94) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.4 hievord). Gegebenenfalls ist anschliessend der Rentenanspruch allseitig frei zu beurteilen.

**3.2** Vor Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 22. Mai 2009 (AB 35) holte die Beschwerdegegnerin Berichte der behandelnden Ärzte ein und liess die Beschwerdeführerin durch den RAD abklären, auf dessen Beurteilung sie ihre Leistungsablehnung stützte. In medizinischer Hinsicht ergab sich im Wesentlichen die folgende Ausgangslage:

**3.2.1** Der Hausarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, führte im Bericht vom 11. Juli 2008 (AB 18) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen seit 2006 bestehenden chronischen Erschöpfungszustand sowie ein ab 2004 aufgetretenes chroni-

sches zerviko-vertebrales, zerviko-occipitales und zerviko-spondylogenes Syndrom links auf. Er erachtete die bisherige sowie jede andere Tätigkeit während vier Stunden täglich mit Arbeitspausen für zumutbar, wobei das Arbeitstempo verlangsamt sei. Das Heben und Tragen von Gewichten sei auf fünf Kilogramm, die Stehdauer auf eine halbe Stunde und die Sitzdauer auf zwei Stunden limitiert. Aufgrund der Müdigkeit und Vergesslichkeit sei die Beschwerdeführerin nicht in der Lage, länger als eine halbe Stunde am Stück zu arbeiten.

**3.2.2** Die RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, untersuchte die Beschwerdeführerin am 11. November 2008. In ihrem Bericht vom 17. November 2008 (AB 22) diagnostizierte sie ein leichtes Übergewicht, einen Status nach Hüftdysplasie mit einer vermindert beweglichen Hüfte links, einen Status nach zwei Hüftoperationen rechts, sowie einen Status nach einer Magenoperation als Kind. Sie gelangte zusammengefasst zum Schluss, dass somatisch – mit Ausnahme der verminderten Beweglichkeit der linken Hüfte (Abduktion) – keine wesentlichen Einschränkungen bestünden und trotz der vielen geltend gemachten Beschwerden keine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Die geklagten Beschwerden wie Schmerzen und Müdigkeit sowie die vielen weiteren Beschwerden könnten zumindest somatisch nicht erklärt werden. Allerdings würden psychosoziale Probleme erwähnt und die Aussagen der Beschwerdeführerin seien nicht restlos verwertbar.

**3.2.3** Der RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, explorierte die Beschwerdeführerin am 26. Februar 2009. Im Bericht vom 12. März 2009 (AB 27) erwähnte er in diagnostischer Hinsicht Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73.2), Probleme bei der Erziehung (ICD-10: Z62.8), einen Verdacht auf eine rezidivierende Depression (ICD-10: F33.1), gegenwärtig unter Behandlung leichtgradig, sowie differenzialdiagnostisch eine länger dauernde depressive Reaktion (ICD-10: F43.21). Er erklärte, aus psychiatrischer Sicht bestehe zeitlich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Leistungsfähigkeit sei aufgrund der depressiven Reaktionsweise leicht – um höchstens 20 % – vermindert. Die Beschwerdeführerin leide unter Erschöpfung und Müdigkeit, dies aber nicht aufgrund einer eigentlichen

psychiatrischen Erkrankung, sondern aufgrund der Lebensumstände. Diagnostisch bestehe kein Widerspruch zu anderen Beurteilungen.

**3.2.4** In Kenntnis der Einschätzung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vermerkte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 12. März 2009 (AB 26) im Sinne einer interdisziplinären Schlussfolgerung als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Reaktion (differenzialdiagnostisch: Depression), gegenwärtig leichtgradig, auf Basis von Problemen mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung. Sie attestierte eine vollständige Arbeitsfähigkeit für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit bei einer aus psychischen Gründen um 20 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit wegen eines leicht verminderten Arbeitstempos (AB 26). Invaliditätsfremde Faktoren im weiteren Sinne seien auch die Lebensumstände. Diese machten allerdings der Beschwerdeführerin so zu schaffen, dass sie sich auf die psychische Gesundheit auswirkten. Objektiv sei die Beeinträchtigung jedoch von geringem Ausmass.

**3.3** Bezüglich der medizinischen Situation im Zeitraum zwischen der rechtskräftigen Verfügung vom 22. Mai 2009 (AB 35) bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 11. März 2014 (AB 94) lässt sich den Akten hauptsächlich das Nachstehende entnehmen:

**3.3.1** Vom 11. Mai bis 10. Juli 2010 wurde die Beschwerdeführerin in der Klinik F. \_\_\_\_\_ stationär behandelt und im Austrittsbericht vom 19. Juli 2010 (AB 62/7-11) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), diagnostiziert. Die Nachbehandlung übernahmen ab 15. Juli 2010 Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und lic. phil. H. \_\_\_\_\_, Psychotherapeutin FSP. Im undatierten (am 9. Oktober 2012 bei der Beschwerdegegnerin eingelangten) Bericht (AB 62/1-4) vermerkten diese in diagnostischer Hinsicht eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) mit/bei psychosozialer Mehrfachbelastung, ausgeprägter Müdigkeit und Erschöpfung sowie einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), bestehend seit mindestens 2006. Sie bescheinigten für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit eine seit Behandlungsbeginn und bis auf weiteres bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der psychischen Probleme sei die Beschwerdeführerin sehr stark eingeschränkt. Sie sei

sehr rasch erschöpft und könne kaum konzentriert längere Arbeit verrichten. Wegen der starken Stimmungsschwankungen seien tagelang keine aktiven Tätigkeiten möglich, der Antrieb sei stark eingeschränkt. Im eigenen Haushalt sei eine kontinuierliche Beschäftigung mit genügend Ruhezeiten und einer angepasster Aufgabe höchstens während zwei Stunden möglich.

**3.3.2** Der Neuanmeldung vom 27. August 2012 (AB 55) legte die Beschwerdeführerin einen Bericht des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 24. August 2011 (AB 60) über eine Hospitalisation vom 15. bis 19. August 2011 bei. Darin wurden hauptsächlich die folgenden Diagnosen aufgeführt:

1. Chronischer Erschöpfungszustand
2. Aktuell leichtgradige depressive Episode bei psychosozialer Belastungssituation
3. Chronische Gastritis
4. Chronisches Schmerzsyndrom
5. Substituierte Hypothyreose bei Morbus Hashimoto
6. Sicca-Syndrom, Erstdiagnose zirka im Jahr 2006
7. Atopische Diathese mit Asthma bronchiale und Polyallergie

Es wurde erklärt, im Vordergrund stehe eine seit mehreren Jahren persistierende chronische Erschöpfung sowie ein chronisches muskuloskelettales Schmerzsyndrom mit häufig wechselnden Beschwerden. Zudem bestünden rezidivierende depressive Episoden bei deutlicher psychosozialer Belastungssituation. Es bestehe – wie gemäss Beurteilung im Jahr 2006 – kein Hinweis auf das Vorliegen einer rheumatologischen Erkrankung und das Sicca-Syndrom stehe aktuell nicht im Vordergrund, bezüglich letzterem bestehe anamnestisch unter Medikation eine gute Symptomkontrolle. Die substituierte Hypothyreose sei ausreichend eingestellt und bezüglich des Erschöpfungszustandes fänden sich aktuell ein normwertiger Hämoglobinwert sowie ein unauffälliger Substratspiegel. Ein Schlafapnoe-Syndrom habe bereits im Jahr 2007 ausgeschlossen werden können. Seitens der Psychosomatik würden ein intensives Coaching sowie Motivationsanstösse (vor allem ein Wiedereinstieg in den Beruf) empfohlen. Das chronische Schmerzsyndrom sei während der Hospitalisation gut kontrollierbar gewesen, bei diversen positiven Triggerpunkten sei eine Fibromyalgie möglich. Ein nach dem Spitaleintritt entwickeltes gastroenterologisches Problem mit Nausea und Vomitus habe sich im Verlauf deutlich gebessert. Auf eine nephrologische Abklärung sei verzichtet worden.

**3.3.3** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie FMH sowie Allergologie und klinische Immunologie FMH, behandelte die Beschwerdeführerin zwischen 12. Januar 2004 und 22. Februar 2011 wegen rhinosinusitischer Beschwerden. Im Konsiliarbericht vom 4. April 2011 an den Hausarzt (AB 71/3) führte er die folgenden Diagnosen auf:

1. Refluxkrankheit
2. Atopische Diathese
3. Anamnestisch generalisierte Exantheme, Dyspnoe und Vomitus auf Bactrim und Penicilin in der Kindheit sowie generalisierte Exantheme auf Acethylsalicylsäure im Jahr 2003 sowie auf Mefenaminsäure im Februar 2004 sowie Sinupret im Januar 2004
4. Autoimmunopathien
5. Status nach dentogener chronischer Polysinusitis rechts
6. (Status nach) Mikrohämaturie (Differenzialdiagnose: Immunglobulin A Nephropathie)
7. Parietalzell-Antikörper positiv (im Jahr 2007)
8. Psychosoziale Belastungssituation
9. Eigenanamnestisch Herzvizium

Am 10. Dezember 2012 gab er unter Verweis auf den Konsiliarbericht vom 4. April 2011 (AB 71/3) an, dass die ersten drei Diagnosen sowie der Status nach dentogener chronischer Polysinusitis rechts seines Erachtens kaum je zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit führten und er bezüglich der übrigen Diagnosen als nicht mehr involvierter und nicht spezialisierter Facharzt keine entsprechende Aussage machen könne (AB 71/2).

**3.3.4** Vom 23. Juni bis 14. Juli 2011 unterzog sich die Beschwerdeführerin einer antiinflammatorischen Radiotherapie der linksseitigen Hüftregion, zudem erfolgte am 7. November 2011 eine MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule. Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radio-Onkologie und Strahlentherapie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 6. Dezember 2011 (AB 74/18 f.) ein chronisches Schmerzsyndrom sowie eine Bursitis trochanterica links mit anamnestischem Symptombeginn ab zirka 2007. Er schlug eine fachärztliche Evaluation der Bildgebung sowie eine orthopädische bzw. neurochirurgische Untersuchung vor.

**3.3.5** Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vermerkte im Bericht vom 11. Dezember 2012 (AB 74) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende:

- Chronischer Erschöpfungszustand, bestehend seit 2006
- Differenzialdiagnose: Chronic-Fatigue-Syndrom, bestehend seit 2006

- Polygraphie 2007: keine Schlafapnoe
- Chronisches Schmerzsyndrom, bestehend seit 2006
- Differenzialdiagnose: Fibromyalgie
- Radiatio im Juni 2011 bei chronischer Bursitis trochanterica und Entesioopathie der Hüfte links
- Moderate Fehlhaltung im Bereich der Wirbelsäule
- Muskuläre Dysbalance
- Segmentale Dysfunktion
- Ausgeprägte Dekonditionierung und funktionelle Bewegungseinbusse
- Chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom links, bestehend seit 2004 respektive 2011
- Rezidivierende depressive Episoden
- Hospitalisation in der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 11. Mai bis 10. Juli 2010

Er wies darauf hin, dass die Beschwerdeführerin seit 2008 nicht mehr gearbeitet habe und vertrat die Ansicht, dass ihr die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar sei. Ab November 2011 bestehe für eine wechselbelastende Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von zwei Stunden bei gleichzeitiger Leistungseinbusse von 50 %. Das Heben und Tragen von Gewichten bis zwei Kilogramm sei ihr während einer Stunde pro Tag zumutbar, das Treppensteigen während einer halben Stunde pro Tag bei einer um 50 % reduzierten Leistungsfähigkeit. Das Konzentrations- und Auffassungsvermögen, die Anpassungsfähigkeit sowie die Belastbarkeit seien wegen der Depression eingeschränkt.

**3.3.6** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ gelangte anhand der Akten am 10. Juli 2013 zum Schluss, dass sich – bei ansonsten unveränderten, teilweise noch schwierigeren psychosozialen Belastungen – als einzige Veränderung seit 2010 die Depression von leicht- auf mittelgradig erhöht habe, wobei die Gesamtsituation jedoch unverändert geblieben sei (AB 76).

**3.3.7** Der behandelnde med. pract. L. \_\_\_\_\_ attestierte am 4. Oktober 2013 vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2013 infolge Krankheit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (AB 80/5). Er veranlasste verschiedene konsiliarische Abklärungen: So liess er die Beschwerdeführerin am 21. August 2013 durch PD Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, gastroskopisch untersuchen, wobei sich unauffällige Befunde zeigten (AB 88/16). Ein am 21. August 2013 aus dem Zwölffingerdarm bzw. Magen entnommenes Biopsat ergab histopatho-

logisch ebenfalls keinen wesentlichen Befund (AB 88/17). Med. pract. L.\_\_\_\_\_ überwies seine Patientin wegen Schwindel, Kopfschmerzen, Sehstörungen und einer hartnäckigen Augenentzündung mit Brennen und Jucken an Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Ophthalmologie FMH. Dieser stellte am 14. September 2013 einen Visus von 0.9 mit Korrektur der Myopie sowie einen normalen intraokularen Druck fest. Er erkannte eine chronische Konjunktivitis bei leichtem Sicca-Syndrom und unauffällige Fundusverhältnisse. Er empfahl eine lokale Therapie mit Augentropfen und erachtete zusätzliche ophthalmologische Massnahmen für nicht indiziert (AB 88/15). Weiter überwies med. pract. L.\_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin zur pneumologischen Abklärung an das Spital P.\_\_\_\_\_, wo Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, im Sprechstundenbericht vom 10. Oktober 2013 (AB 88/13 f.) als Hauptdiagnosen ein allergisches Asthma bronchiale sowie eine chronische Gastritis diagnostizierte. Eine veranlasste konventionelle Röntgenaufnahme vom 6. November 2013 ergab im Vergleich zum Zustand im Juni 2009 keine Befundänderung, insbesondere keinen Nachweis einer Coxarthrose beidseits. Es wurde eine geringe Dysplasie der Acetabula sowie eine Arthrose der Iliosakralfugen festgestellt (AB 88/11). Da lediglich eine leichte Trochanterreizung befundet wurde, sich jedoch weder bildgebend noch klinisch keine eindeutige Hüftpathologie fand, wurde im Bericht vom 3. Dezember 2013 (AB 88/7 f.) eine (weitere) lumbale Infiltration empfohlen, während bei Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, keine weiteren Konsultationen vorgesehen wurden.

**3.3.8** Im Zusammenhang mit einem Gesuch um Abgabe eines Elektrobettes berichtete Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, am 27. Januar 2014 über einen stationären Gesundheitszustand. Er bescheinigte ab 1. Juli 2013 (Behandlungsbeginn) bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und hielt eine ergänzende gutachterliche Abklärung für erforderlich (AB 88/1 f.).

**3.3.9** Eine von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ veranlasste bildgebende Untersuchung der Lendenwirbelsäule in der Klinik S.\_\_\_\_\_ vom 10. Februar 2014 zeigte gemäss Befundbericht vom 11. Februar 2014 (AB 92) eine

weiterhin bestehende Instabilität des Segmentes LWK 4/5 mit einer Pseudoluxation und wahrscheinlich teilweise echten Luxation der Bandscheibe LWK 4/5 mit Impression des Duralsackes. Dr. med. T. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie FMH, gab an, der Befund schein(e) etwas progredient im Vergleich zu den Voraufnahmen zu sein, eine mögliche Irritation der Nervenwurzel LWK 5 vor allem rechts sei nicht ganz auszuschliessen. Begleitet würden die Veränderungen durch Spondylarthrosen der kleinen Wirbelgelenke, ausgeprägt auf dieser Segmenthöhe mit insgesamt einer leichten Einengung des Spinalkanals sowie der Neuroforamina beidseits. Es bestehe eine leichte Chondrose, eine Protrusion sowie eine kleine subligamentäre mediane Hernierung der Bandscheibe LWK 5/SWK 1, im Verlauf sei dieser Befund etwa stationär im Vergleich zu den Voraufnahmen, eine direkte Wurzelkompression sei nicht auszumachen. Die weiter kranial liegenden Segmente zeigten eine normale Morphologie, die Iliosakralgelenke beidseits würden normal abgebildet.

**3.3.10** Am 5. März 2014 nahm Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zu neuen medizinischen Berichten Stellung und vertrat die Auffassung, dass nach wie vor keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei. Es lägen keine neuen Diagnose oder Befunde vor, welche die Arbeitsfähigkeit in einem höheren Masse beeinträchtigten als bisher (AB 93).

**3.4** 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).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren

Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

**3.5** Die angefochtene Verfügung vom 11. März 2014 (AB 94) basierte auf der Beurteilung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, welcher sich im Bericht vom 10. Juli 2013 (AB 76) zu der seit 2010 seines Erachtens einzig eingetretenen Veränderung des Schweregrades der Depression äusserte, während er am 5. März 2014 auch zu den somatischen Beschwerden Stellung nahm und eine wesentliche Verschlechterung als nicht ausgewiesen erachtete (AB 93).

**3.5.1** Wenngleich die fachliche Qualifikation von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ auf die hier primär interessierenden (vgl. E. 3.5.1 in fine sowie E. 3.5.2 hier-nach) psychischen Beschwerden ausgerichtet ist, erscheint seine Beurteilung des *somatischen* Beschwerdeverlaufs (AB 93) mit Blick auf die medizinische Aktenlage nachvollziehbar und einleuchtend. Die vorliegenden Berichte der behandelnden Ärzte vermögen keine Zweifel an dessen Ausführungen zu begründen. So zeigten sich die Symptomatologie mit der im Vordergrund stehenden chronischen Erschöpfung sowie das Schmerzsyndrom ebenso wie die diagnostischen Zuordnungen der verschiedenen Beschwerdebilder im Wesentlichen unverändert. Ohnehin genügen bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art als erforderliche Beweisgrundlage nicht, um eine tatsächlich eingetretene von der nur angenommenen Veränderung verlässlich abzugrenzen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer]

vom 25. Juli 2013, 8C\_441/2012, E. 6.1.2). Zwar attestierten die behandelnden Dres. med. R.\_\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_\_ sowie med. pract. L.\_\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit (vgl. AB 74, 80/5, 88/1 f.). Ihren Berichten fehlt jedoch eine schlüssige Begründung der Arbeitsunfähigkeit sowie eine Auseinandersetzung mit dem revisionsrechtlichen Beweisthema – der erheblichen Änderung des medizinischen Sachverhalts –, womit ihnen für die hier massgebenden Belange der Beweiswert abgeht (vgl. BGer 8C\_441/2012, E. 6.1.2). So verwies Dr. med. R.\_\_\_\_\_ hinsichtlich der Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf den Verlaufsbericht von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ sowie die seitherigen Berichte (vgl. AB 88/1 lit. A). Die Diagnoseliste von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 11. Dezember 2012 (vgl. AB 74/2 Ziff. 1.1) ist im Vergleich zu jener vom 11. Juli 2008 (AB 18/1 lit. A) indes praktisch identisch. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. 4) kann damit nicht auf die von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ attestierte Restarbeitsfähigkeit von zwei Stunden täglich bei einer Leistungseinschränkung von 50 % (vgl. AB 74/7) abgestellt werden. Auch aus den von med. pract. L.\_\_\_\_\_ veranlassten zahlreichen konsiliarischen Abklärungen lässt sich keine Begründung für eine somatische Arbeitsunfähigkeit ableiten. Gastroenterologisch ergaben sich unauffällige Befunde (vgl. AB 88/16 f.), zudem wurde die seit Jahren bekannte Refluxproblematik von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ und seitens des Spitals I.\_\_\_\_\_ den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. AB 71/2 f.) bzw. den Nebendiagnosen (vgl. AB 60/1 Ziff. 8) zugeordnet. Auch aus ophthalmologischer und pneumologischer Fachrichtung wurde keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Dr. med. N.\_\_\_\_\_ verordnete Augentropfen und sah keine Indikation für weitere Massnahmen (vgl. AB 88/15); das von Dr. med. O.\_\_\_\_\_ diagnostizierte allergische Asthma bronchiale (AB 88/13 Ziff. 1) kann medikamentös behandelt werden. Hinweise für eine rheumatologische Erkrankung fanden die Ärzte im Spital I.\_\_\_\_\_ weder 2006 noch im Jahr 2011 (vgl. AB 60/2) und aus orthopädischer Sicht konnte in der Bildgebung im Jahr 2013 im Vergleich zum Zustand Jahr 2009 keine Befundänderung und insbesondere kein Nachweis für eine Coxarthrose festgestellt werden (vgl. AB 88/11). Zwar beschrieb Dr. med. K.\_\_\_\_\_ zusätzliche lumbale Schmerzen (AB 74/18 f.). Diesbezüglich wurde aber bereits im Jahr 2004 eine Diskushernie im Bereich der Lendenwirbelsäule diagnostiziert (vgl. AB 7/37, 18/44) und insbesonde-

re ein chronisches thorako-lumbo-spondylogenes Syndrom links bei leichter Fehlhaltung, diskreter muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung festgestellt (vgl. AB 7/4, 18/24). Vor diesem Hintergrund ist der Umstand, dass Dr. med. T. \_\_\_\_\_ bezüglich der Instabilität bzw. Bandscheibenproblematik im Bereich der LWK 4/5 von einem etwas progredienten Befund im Vergleich zu den Voraufnahmen ausging und eine mögliche Nervenwurzelirritation nicht ganz ausschloss (AB 92), keine revisionsrechtlich ausschlaggebende Bedeutung beizumessen. Weder postulierte er symptomatisch oder funktionell eine wesentliche Änderung noch attestierte er oder Dr. med. K. \_\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit bzw. Leistungseinschränkung. Zudem erachtete Dr. med. T. \_\_\_\_\_ die übrigen Befunde im Verlauf als stationär.

Nach dem vorstehend Dargestellten ist in somatischer Hinsicht vorab aufgrund der medizinischen Aktenlage, aber auch der entsprechenden überzeugenden Einschätzung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ (AB 93) im revisionsrechtlichen Kontext von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand auszugehen. Die Beschwerdeführerin selber macht denn auch nichts anderes geltend, sondern beruft sich einzig auf eine Verschlechterung ihres psychischen Gesundheitszustands. Bei dieser Ausgangslage bestand seitens der Beschwerdegegnerin keine Veranlassung für zusätzliche rheumatologische oder internistische Abklärungen (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 3 in fine).

**3.5.2** Was die *psychischen* Beschwerden anbelangt, ging Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 10. Juli 2013 (AB 76) gestützt auf die ihm bekannte Anamnese sowie seine Voruntersuchung davon aus, dass sich im Vergleich zum Referenzzeitpunkt einzig der Schweregrad der Depression von «leicht» hin zu «mittel» verändert habe. Diese Einschätzung deckt sich mit der Beurteilung im Austrittsbericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 19. Juli 2010 (AB 62/7-11) und korreliert mit den Feststellungen von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ und lic. phil. H. \_\_\_\_\_ (vgl. AB 62/1-4).

Aufgrund des undatierten (am 9. Oktober 2012 bei der Beschwerdegegnerin eingelangten) Berichts von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ und lic. phil. H. \_\_\_\_\_ (AB 62/1-4) ist die Rüge der Beschwerdeführerin, wonach die

Beschwerdegegnerin im Zeitraum von 2010 bis zum Jahr 2014 keine psychiatrischen Arztberichte eingeholt habe, (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 3), unbegründet. Der Bericht ist aussagekräftig und eine seitherige Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes wird weder geltend gemacht noch wäre sie aktenkundig. Damit erweist sich der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt insgesamt als hinreichend abgeklärt, womit sich weitere Beweismassnahmen erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Des Weiteren verfängt die Kritik der Beschwerdeführerin, dass Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Widerspruch zur anerkannten Diagnoseänderung keine Verschlechterung der Situation festgestellt habe (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. 2), nicht. Denn allein aus der graduellen Änderung der depressiven Episode lässt sich versicherungsmedizinisch nicht auf eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes schliessen. Eine leichte depressive Episode allein ist rechtsprechungsgemäss grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität (Art. 4 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 8 ATSG) zu begründen, zumal bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (vgl. Entscheide des BGER vom 25. Januar 2010, 9C\_260/2009, E. 2.3; vom 4. April 2007, I 251/06, E. 3.3.1). Zudem liegt selbst bei einer depressiven Episode mittleren Grades definitionsgemäss ein vorübergehendes Leiden vor (vgl. DILLING/MAMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 8. Aufl., 2011, 169 ff. und S. 177), womit es prinzipiell an der zur Begründung eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens nötigen Dauerhaftigkeit mangelt (vgl. Entscheid des BGER vom 26. Januar 2007, I 510/06, E. 6.3). Anders verhielte es sich freilich bei einer chronifizierten mittelgradigen Depression mit wiederholten schweren Episoden (vgl. Entscheid des BGER vom 27. Mai 2014, 8C\_242/2014, E. 5.3), welche hier jedoch nicht vorliegt.

Hinzu kommt, dass aktenmässig nach wie vor beträchtliche psychosoziale Belastungen ausgewiesen sind. Die Beschwerdeführerin ist zwar mittlerweile seit September 2012 von ihrem straffälligen Ehegatten geschieden

(vgl. AB 55/1 Ziff. 1.7, 62/2 Ziff. 1.4, 62/8), abgesehen von ihrer Schwester hat sie zu ihrer Familie, mit der es zum Bruch und einer gerichtlichen Auseinandersetzung kam, aber offenbar einen schlechten Kontakt. Zudem ist auch die Beziehung zur Tochter, die ebenfalls vorbestraft ist und sie mit dem Tod bedroht hatte, vorbelastet (vgl. AB 22/4, 62/7). Auch aufgrund dieser psychosozialen Belastungsfaktoren erscheint fraglich, ob dem depressiven Geschehens überhaupt ein invalidisierender Charakter beizumessen ist (vgl. E. 2.1 hievor). So bestehen gemäss Ansicht der Beschwerdegegnerin deutliche Anhaltspunkte dafür, dass sich die invaliditätsfremden Elemente nicht klar vom medizinischen Leiden selbst trennen lassen. Sie vertritt unter Hinweis auf die Rechtsprechung, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis als therapierbar gelten (vgl. Entscheid des BGer vom 14. August 2013, 9C\_917/2012, E. 3.2), die Ansicht, dass der diagnostizierten psychischen Beeinträchtigung die invalidisierende Wirkung abzusprechen sei (vgl. Beschwerdeantwort S. 3). Nach eigenen Angaben der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 3) konsultiert sie zweimal monatlich die Psychotherapeutin lic. phil. H.\_\_\_\_\_. Diese niedrige Therapiefrequenz dürfte eher gegen eine konsequent befolgte Depressionstherapie, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (vgl. Entscheid des BGer vom 3. April 2014, 8C\_774/2013, E. 4.2), sprechen. Dies zumal selbst im Rahmen der stationären Behandlung in der Klinik F.\_\_\_\_\_ im Jahr 2010 trotz der höhergradigen depressiven Episode auf eine spezifische Medikation gänzlich verzichtet wurde (vgl. AB 62/4) und die Beschwerdeführerin noch im Jahr 2012 mit einer als blosse Initialdosis vorgesehenen Medikation von 100mg Trittico täglich (vgl. <www.kompendium.ch>) auskam (vgl. AB 62/2 Ziff. 1.5). Wie es sich damit verhält, kann aber letztlich offen bleiben, da sich auch bei der Annahme eines invalidisierenden Charakters der mittelgradigen depressiven Episode im Ergebnis nichts änderte: Wie dargelegt, ist trotz der graduell leicht qualifizierteren Depression von einem im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustand auszugehen, womit die fachärztliche Beurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, wonach die Beschwerdeführerin nach wie vor leichte und mittelschwere Arbeiten ausüben kann und dabei eine Leistungseinschränkung von 20 % besteht (AB 76 i.V.m. 26 f.), nicht zu beanstanden ist.

**3.6** In erwerblicher Hinsicht berechnete die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2014 (AB 94) anhand der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (vgl. BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136) einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 27 %. Dieser Einkommensvergleich wird von der Beschwerdeführerin nicht gerügt und ist auch vom angerufenen Gericht nicht zu beanstanden. Die Beschwerde vom 28. April 2014 erweist sich demnach als unbegründet und ist abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Sie werden dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen 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. \_\_\_\_\_, Abteilung Soziales 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.