

200 14 77 IV
KOJ/RUM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Juni 2014

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Rüfenacht

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. Dezember 2013

Sachverhalt:

A.

Die 1958 geborene A. _____ (fortan Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 18. Juni 2008 bei der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) unter Angabe einer Rückenoperation bzw. Diskushernie zum Bezug einer Rente an (Dossier der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB holte Unterlagen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht ein und liess die Versicherte in der Folge bei Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, psychiatrisch begutachten (Gutachten vom 1. März 2011 [AB 58.1]). Nachdem der Regionale Ärztliche Dienst der IV-Stellen (RAD) am 12. April 2011 einen Arztbericht erstattet hatte (AB 60/2), stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 5. Mai 2011 mangels eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 62). Dagegen erhob die Versicherte am 10. Juni 2011 Einwand (AB 66).

Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD vom 25. Oktober 2011 und aktueller Berichte der behandelnden Ärzte (AB 70/2 ff., 78/3 ff., 79/2 ff.) liess die IVB die Versicherte bei der D. _____ (MEDAS) interdisziplinär begutachten (Hauptgutachten vom 3. Oktober 2012 [AB 93.1] inkl. neurologisches, orthopädisch-traumatologisches und allgemein-internistisches Teilgutachten vom 4. September, 20. und 24. August 2012 [AB 93.2-93.4]). Am 25. April 2013 erstattete der Abklärungsdienst der IVB einen Abklärungsbericht Haushalt, worin die Versicherte als Teilerwerbstätige mit einem Status von 75 % Erwerbstätigkeit und 25 % Haushalt bemessen und ein Gesamtinvaliditätsgrad von 0 % ermittelt wurde (AB 97). Gestützt darauf stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 26. Juni 2013 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 98). Dagegen erhob die Versicherte am 27. August 2013 Einwand (AB 102). In der Folge stellte die IVB der MEDAS Ergänzungsfragen (Bericht der MEDAS vom 7. Oktober 2013 [AB 105.1]) und holte eine Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 28. November 2013 ein (AB 109/2 ff.). Mit Verfügung vom 16. De-

zember 2013 lehnte die IVB, wie angekündigt, einen Rentenanspruch ab (AB 114).

B.

Mit Eingabe vom 27. Januar 2014 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, gegen die Verfügung vom 16. Dezember 2013 Beschwerde. Sie beantragt, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin rückwirkend ab 1. Januar 2009 die gesetzlichen Rentenleistungen zu erbringen, zuzüglich Verzugszins. In der Begründung wird im Wesentlichen die Würdigung des medizinischen Sachverhalts sowie die Statusfestlegung und die Berechnung des Invaliditätsgrades als unrichtig gerügt.

Mit Beschwerdeantwort vom 28. Februar 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtene Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist ge-

geben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 16. Dezember 2013 (AB 114). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente.

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).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

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 je-

de 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 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.

2.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 5 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode; BGE 125 V 146 E. 2a S. 149).

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).

2.5 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). 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; AHJ 2001 S. 113 E. 3a).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Im Arztbericht vom 14. August 2008 führte die Hausärztin Dr. med. E. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Diskushernie Halswirbelkörper 6/7 mit Neurokompression C7 rechts und sensomotorischem Ausfallsyndrom auf. Es sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 18. Februar 2008 bis 26. August 2008 bescheinigt worden. Die Beschwerdeführerin sei zurzeit noch in der postoperativen Rehabilitation seitens der Diskushernien-Operation an der HWS, welche im März 2008 durchgeführt worden sei. Aktuell sei eine schwere oder mittelschwere körperliche Arbeit nicht zumutbar. Die Wiederaufnahme einer leichten bis mittelschweren körperlichen Arbeit sei jedoch schon bald möglich (AB 12/1-2).

3.1.2 Im Arztbericht des Spitals F. _____ vom 2. September 2008 wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Status nach Diskektomie C6/7, foraminaler Dekompression und Interposition einer Bandscheibenprothese C6/7 am 23. März 2008 bei einem Zervikobrachialsyndrom C7 rechts mit paramedianer Diskushernie C6/7 aufgeführt. Es sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 23. März bis 23. Juni 2008 bescheinigt worden. Es bestünden längerfristig keine funktionellen Einschränkungen der HWS. Die Erwerbstätigkeit als ... sei mittelfristig zu 100 % zumutbar (AB 13/1-2).

Im Verlaufsbericht vom 19. September 2008 wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin im Vergleich zum präoperativen Zustand zwar eine Schmerzverbesserung beschreibe. Dennoch liege mit persistierenden Schmerzen im Nackenbereich derzeit eine unbefriedigende Situation vor bzw. scheine es sich um eine chronische Symptomatik zu handeln. Auffallend sei eine depressive Grundstimmung und Antriebslosigkeit, weshalb die Ausweitung der Schmerztherapie empfohlen werde (AB 17/4).

3.1.3 Im Zwischenbericht vom 13. März 2009 hielt die Hausärztin einen verschlechterten Gesundheitszustand fest. Es bestehe ein weiterhin unbefriedigender Verlauf mit chronifiziertem Schmerzsyndrom. Am 26. September 2008 sei die Beschwerdeführerin auf dem Zebrastreifen von einem Auto angefahren worden und habe sich eine Commotio cerebri, eine HWS-Distorsion und eine Unterschenkelfraktur links (konservativ behandelt) zugezogen. Es habe sich eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ausgebildet. Seit dem Unfall sei es zu einer Aggravierung der zervikobrachialen Schmerzen allerdings ohne sichtbare radiologische Folgen gekommen. Das chronifizierte Schmerzsyndrom sowie die PTBS mit Ängsten, Schlafstörungen und Flashbacks hätten zu einer zunehmenden depressiven Entwicklung geführt, welche eine psychiatrische Intervention benötige. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 18. Februar 2008 bis auf weiteres. Aktuell sei die Beschwerdeführerin weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht arbeitsfähig. Sie könne maximal während einer halben bis zu einer Stunde körperlich leichte Arbeit vorzugsweise in wechselnder Position verrichten (AB 24/1-3).

3.1.4 Im Zwischenbericht des Spitals F. _____ vom 9. April 2009 wurde als Diagnose persistierende Zervikalgien nach Bandscheibenprothese C6/7 vom 23. März 2008 und Status nach Unfall vom 26. September 2008 mit akuter Schmerzexazerbation zervikal festgehalten. Körperliche Tätigkeiten wie als ... seien schmerzbedingt nicht durchführbar. Insbesondere das Heben und Tragen schwerer Gewichte sowie belastende Tätigkeiten für die oberen Extremitäten seien schmerzbedingt nicht zumutbar. Eine spezielle Einschränkung bezüglich der Steh- und Sitzdauer sowie der Gehstrecke und des Arbeitspensums in Stunden liege aus orthopädischer Sicht nicht vor. Es zeigten sich radiologisch stabile Verhältnisse. Die Belastbarkeit sei durch die Schmerzen eingeschränkt. Die Tätigkeit als ... werde in absehbarer Zeit nicht mehr möglich sein. Denkbar wäre eine körperlich nicht belastende Tätigkeit (AB 26/1-2).

3.1.5 Im Arztbericht vom 27. April 2009 hielt Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit mittelschwerer depressiver Episode bei einer PTBS nach einer Kollision auf dem Fussgängerstreifen vom 26. September 2008 und einen Status nach operativer Diskektomie C6/7, foraminaler Dekompression und Interposition einer Prodisc vom 20. März 2008 fest. Durch verminderten Antrieb, erhebliche Konzentrationsprobleme und somatische Beschwerden sei die Beschwerdeführerin im Arbeitsbereich als ... bzw. ... und in der Alltagsbewältigung erheblich eingeschränkt. Intrusive Gedanken über das erlebte Trauma und die starke Fixierung auf die somatischen Beschwerden schränkten die Leistungsfähigkeit seit dem Unfall ein (AB 27/3-4).

Im Verlaufsbericht vom 11. Juni 2010 hielt er als Diagnosen eine mittelgradig depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), eine Strassenverkehrsphobie und Restsymptome einer PTBS fest. Die Beschwerdeführerin habe keine Ressourcen, um mit den erlebten Ereignissen umgehen zu können. Die bisherige Erwerbstätigkeit als ... mit einem Arbeitspensum von zuletzt 50 % sei aufgrund der psychischen Einschränkungen nicht mehr zumutbar. Die Beschwerdeführerin habe keinen Beruf erlernt und es bestünden mangelhafte Deutschkenntnisse, womit ihrem Leiden angepasste Tätigkeiten sehr eingeschränkt seien (AB 44/1-2).

3.1.6 Im psychiatrischen Gutachten vom 1. März 2011 führte Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) auf. Die gelegentlich auftretenden Ängste seien im Rahmen dieser depressiven Störung zu sehen, begründeten jedoch keine eigenständige Angststörung. Die Diagnose einer PTBS könne nicht gestellt werden. Die Beschwerdeführerin habe keinen schweren Unfall bzw. kein schweres Trauma erlitten, das praktisch bei jedem Betroffenen eine schwere Verunsicherung hervorgerufen hätte. Sie leide auch nicht unter Flashbacks und Alpträumen. Dass sie im Verkehr nachvollziehbar etwas ängstlicher sei, begründe weder eine Angststörung noch eine PTBS. Eine schwere depressive Störung liege nicht vor. Zusammen mit dem Ehemann führe sie den Haushalt. Sie klage zwar über ausgeprägte Schlafstörungen, lege sich jedoch tagsüber immer wieder hin und verbringe den Alltag passiv, was wesentlich zu den Schlafstörungen beitrage. Sie beklage einen „Lebensverleider“, sei jedoch nicht akut suizidal. Die Prognose sei ungünstig. Die Beschwerdeführerin sei überzeugt, durch den Unfall unwiderruflich geschädigt worden zu sein. Sie sei sich auch bewusst, dass sie unter ihren Schicksalsschlägen (Gefängnisarrest des Sohnes, Krankheit des Ehemannes) leide. Sie sei resigniert und hoffnungslos und zeige keinerlei Motivation, sich beruflich eingliedern zu wollen. Dies könne auch damit zusammenhängen, dass ihr Ehemann seit fünf Jahren berentet sei und keiner beruflichen Tätigkeit nachgehe. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung lasse sich nur teilweise durch eine psychische Störung begründen. Aufgrund der mittelgradigen depressiven Episoden bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der bisherigen Tätigkeit als ... und in jeder anderen ihren Fähigkeiten und Neigungen entsprechenden beruflichen Tätigkeit. In der Tätigkeit als Hausfrau bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (AB 58.1/5-8).

3.1.7 Im interdisziplinären MEDAS-Gutachten vom 3. Oktober 2012 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und ein degeneratives HWS-Syndrom nach zervikaler Bandscheibenoperation HWK 6/7 mit pseudoradikulären Missempfindungen der rechten oberen Extremität aufgeführt. Der postoperative Verlauf

nach der Bandscheibenoperation vom 23. März 2008 sei komplikationslos gewesen, sodass die Beschwerdeführerin vorübergehend über eine Besserung ihrer ursprünglichen Beschwerden berichtet habe. Im weiteren Verlauf sei eine Chronifizierung der Schmerzen eingetreten, die in der subjektiven Wahrnehmung durch den Verkehrsunfall am 26. September 2008 ausgelöst worden sei. Der weitere Krankheitsverlauf sei durch eine zunehmende depressive Symptomatik mit einer Antriebsstörung, hoher Grübelneigung, sozialem Rückzug, Interessenverarmung und psychovegetativen Begleiterscheinungen gekennzeichnet gewesen. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung sei auch eine zunehmende Einflussnahme auf die Schmerzwahrnehmung gegeben gewesen, sodass bei fehlender Objektivität einer Verschlechterung der neurologisch-orthopädischen Befunde eine somatoforme Schmerzstörung eingetreten sei. Mehrere psychiatrische Untersuchungen hätten die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (verbunden mit Ängsten) und einer somatoformen Schmerzstörung bestätigt, während die zunächst formulierte PTBS nicht habe bestätigt werden können. Auch die vorliegende Begutachtung habe keine Aspekte ergeben, die diese Diagnose stützen könnten. Aufgrund der beschriebenen komplexen Beschwerdesymptomatik sei eine deutliche Einschränkung der psychophysischen Belastbarkeit gegeben. Diese werde einerseits durch die körperlichen degenerativen Veränderungen des Bewegungsapparates insbesondere in Form eines degenerativen Wirbelsäulensyndroms, andererseits durch die deutliche Antriebsstörung verbunden mit einer depressiven Grundstimmung bedingt, die wiederum negativ Einfluss nehme auf die Schmerzwahrnehmung und insofern auch die somatoforme Schmerzstörung mitbedinge. Da es sich im Beruf als ... um eine körperlich anstrengende Arbeit handle, werde eine zusätzliche Schmerzverstärkung mit gleichzeitiger negativer Einflussnahme auf die emotionale Belastbarkeit zu einer Aufhebung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führen. Etwas anders stelle sich die Belastbarkeit in einer Verweistätigkeit dar, da die Beschwerdeführerin dabei nur leichte bis maximal mittelschwere Arbeiten ausführen müsse. Entsprechend sei die somatisch orientierte Schmerzausgestaltung geringer, die trotz depressiver Grunderkrankung besser zu kompensieren sei. Andererseits werde die Präsenzmöglichkeit durch die deutliche depressive Symptomatik eingeschränkt bleiben. Zusammenfassend resultiere, dass die Beschwerdeführerin als ... nicht mehr einsetzbar

sei. Die subjektive Schmerzwahrnehmung sei so ausgeprägt, dass mittelschwere Arbeiten, die im Regelfall als ... zu erledigen seien, nicht mehr bewältigt werden könnten. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, unter günstigen Arbeitsbedingungen (fehlende Stressfaktoren wie erhöhter Zeitdruck, Akkordbedingungen oder Nachtschichttätigkeiten, kein besonderer Verantwortungsbereich, kein Publikumsverkehr) leichte bis mittelschwere Arbeiten in Wechselbelastung ohne Zwangshaltungen durchzuführen. Überkopfarbeiten, Vibrationen, regelmässiges Besteigen von Leitern, repetitive Rotationsbewegungen des Oberkörpers und längeres Verharren in vornüber geneigter Haltung seien zu vermeiden. Unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen seien ebenfalls auszuschliessen. Geeignet seien leichtere Arbeiten wie z.B. Kommissionieren oder Sortieren in sitzender, teilweise auch kurz stehender Haltung. In einer Verweistätigkeit werde die Beschwerdeführerin bei einer Präsenz von 50 % eine volle Leistungsfähigkeit erzielen. Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20% oder mehr bestehe seit 1. Januar 2009. Im damaligen Zeitpunkt seien die Folgen der Bandscheibenoperation und auch die nochmalige vorübergehende Verstärkung der HWS-Beschwerden durch die HWS-Distorsion im Rahmen des beschriebenen Verkehrsunfalls als abgeschlossen anzunehmen. Von diesem Zeitpunkt an spielten im Rahmen der bestehenden Arbeitsunfähigkeit vor allem die depressive Symptomatik und die ausgeprägte Antriebsstörung eine zunehmende Rolle (AB 93.1/14-19).

Im ergänzenden Bericht der MEDAS vom 7. Oktober 2013 wurde festgehalten, die vorgetragene(n) Beschwerden seien schlüssig und liessen sich fachärztlich aufgrund der festgestellten Befunde in sich stimmig bestätigen (Ziff. 1). Es liege eine Komorbidität zwischen der mittelgradigen depressiven Episode und der somatoformen Schmerzstörung vor. Eine depressive Symptomatik sei erstmals am 19. September 2008 erwähnt worden, im Verlauf des Jahres 2009 und in den darauffolgenden Jahren sei die klinische Symptomatik durch ein entsprechendes Beschwerdebild einschliesslich zeitweiliger suizidaler Gedanken gekennzeichnet gewesen. Gegenwärtig liege eine mittelgradige depressive Episode vor (Ziff. 2). Auf somatischer Ebene liege ein degeneratives HWS-Syndrom nach zervikaler Bandscheibenoperation im März 2008 vor. Demnach sei von einer langjährigen chronischen körperlichen Erkrankung auszugehen (Ziff. 3). Es lägen Anhalts-

punkte für einen mehrjährigen Krankheitsverlauf vor, wobei insgesamt eher von einer Progression in den letzten Jahren auszugehen sei. Eine längerfristige Remission sei nicht eingetreten (Ziff. 4). Es liege ein ausgesprochen hochgradiger sozialer Rückzug vor (Ziff. 5). Im Verlauf sei eine therapeutisch ausserordentlich schwer zugängliche Krankheitsdynamik im Sinne einer zuweilen therapieresistenten Depression eingetreten, die primär mit einer Verschlechterung der körperlichen Belastbarkeit im Rahmen des degenerativen HWS-Syndroms begonnen habe und im weiteren Verlauf durch reaktive Einflüsse einschliesslich eines unbewältigten familiären Konflikts beeinflusst worden sei. Ob zusätzlich neurotische Mechanismen von Bedeutung seien, habe sich aufgrund der begrenzten Explorationsmöglichkeiten nicht verifizieren lassen (Ziff. 6). Die bisherigen Behandlungsergebnisse seien trotz konsequenter psychiatrischer Therapie in der Landessprache der Beschwerdeführerin ausserordentlich unbefriedigend. Eine stationäre Psychotherapie werde empfohlen, sofern in der jeweiligen Klinik auch ein Psychotherapeut zur Verfügung stehe, der über entsprechende Sprachkenntnisse der Beschwerdeführerin verfüge. Erst durch Überwindung dieser therapeutischen Hürden wäre im Rahmen einer lerntheoretisch ausgerichteten Verhaltenstherapie durchaus eine Besserung der Belastbarkeit möglich (Ziff. 7; AB 105.1).

3.2 Das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 3. Oktober 2012 (AB 93.1) inkl. den ergänzenden Bericht vom 7. Oktober 2012 (AB 105.1) ist umfassend, beruht auf einlässlichen anamnestischen Erhebungen sowie eigenen, in den Fachbereichen der Psychiatrie, der Allgemeinen Inneren Medizin, der Orthopädie bzw. Traumatologie und der Neurologie durchgeführten Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis sowie unter Würdigung der Vorakten erstellt. Das in der Darlegung der Befunde und Diagnosen widerspruchsfrei und nachvollziehbar begründete Gutachten erfüllt die vom Bundesgericht an den Beweiswert eines solchen gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5 hiavor) und ist damit grundsätzlich (vgl. aber auch E. 3.4 hiernach) voll beweiskräftig.

Angesichts des multifaktoriellen Beschwerdebildes, das sich nach der Operation der Halswirbelsäule im März 2008 entwickelt hat, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht allein auf die Berichte der einzelnen Spezialärz-

te abgestellt, sondern eine interdisziplinäre Begutachtung bei einer Gutachterstelle im Sinne von Art. 72^{bis} Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) angeordnet. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 5) liegt somit hinsichtlich des MEDAS-Gutachtens keine unzulässige Zweitmeinung vor.

Im Einzelnen ist Folgendes festzuhalten:

3.3 In allgemein-internistischer Hinsicht bestehen gemäss dem MEDAS-Gutachten keine Erkrankungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Dies gilt namentlich für die festgestellten Reflux-Beschwerden und bezüglich des möglichen grenzwertigen Diabetes mellitus, der jedoch nicht bestätigt werden konnte (AB 93.1/13 Ziff. 2.1, 93.2/5 f.).

In orthopädisch-traumatologischer sowie neurologischer Hinsicht bestätigten die Gutachter das Vorliegen eines degenerativen HWS-Syndroms nach zervikaler Bandscheibenoperation HWK 6/7 mit pseudoradikulären Missempfindungen der rechten oberen Extremität. Unter Berücksichtigung der damit einhergehenden objektivierbaren Befunde ist die Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachten in der Lage, leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten und ohne Zwangshaltungen vollschichtig ohne Leistungseinbusse auszuüben (AB 93.1/13 f. Ziff. 2.2 f., 39.3/7, 93.4/4). Darüber hinaus sind die geklagten Beschwerden weder aus orthopädisch-traumatologischer noch aus neurologischer Sicht zu erklären. Der orthopädische Gutachter wies diesbezüglich insbesondere auch auf einen sehr schlechten körperlichen Trainingszustand und einen deutlich erkennbaren fehlenden Willen hin, sich überhaupt zu bewegen (AB 93.3/6), was invalidenversicherungsrechtlich jedoch nicht von Bedeutung ist. Im neurologischen Teilgutachten wurde sodann explizit festgehalten, dass weder eine radikuläre Symptomatik am rechten Arm habe objektiviert werden können noch motorische Ausfälle nachweisbar seien und sich der übrige neurologische Befund unauffällig, ohne Anhaltspunkte für eine Störung des zentralen Nervensystems präsentiert habe (AB 93.4/3).

In zeitlicher Hinsicht gilt das aufgrund des degenerativen HWS-Syndroms bzw. der damit einhergehenden objektivierbaren Befunde nachvollziehbar

formulierte Zumutbarkeitsprofil gemäss dem MEDAS-Gutachten ab 1. Januar 2009 (AB 93.1/18). Darauf ist abzustellen, zumal sich diese Einschätzung mit den in den Akten liegenden echtzeitlichen Berichten deckt. So wurden namentlich im Bericht des Spitals F. _____ vom 9. April 2009 stabile radiologische Verhältnisse festgehalten und überdies darauf hingewiesen, dass aus rein somatischer (orthopädischer) Sicht für körperlich nicht belastende Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestehe (AB 26/2).

Zusammenfassend liegt nach dem Gesagten eine Schmerzproblematik vor, für die es an einem hinreichenden organisch-pathologischen Korrelat fehlt. Zwar sind der Beschwerdeführerin aufgrund des degenerativen HWS-Syndroms namentlich körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Ein die Arbeitsfähigkeit darüber hinaus beeinträchtigender körperlicher Gesundheitsschaden ist jedoch ab Januar 2009 nicht mehr ausgewiesen, so dass der Beschwerdeführerin ab diesem Zeitpunkt aus somatischer Sicht angepasste Tätigkeiten im Rahmen des von den Gutachtern beschriebenen Zumutbarkeitsprofils vollumfänglich zumutbar sind (AB 93.1/13 f.).

3.4

3.4.1 Gemäss dem MEDAS-Gutachten ist in psychiatrischer Hinsicht bezüglich der – somatisch nicht vollständig erklärbaren – Schmerzwahrnehmung im Rahmen des degenerativen Wirbelsäulensyndroms eine psychogene Überlagerung gegeben, welche aufgrund ihrer Dynamik als somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) einzuordnen ist (AB 93.1/12). Dies steht in Übereinstimmung mit der ein Jahr zuvor ergangenen Einschätzung der RAD-Psychiaterin Dr. med. H. _____ vom 25. Oktober 2011, welche damals ebenfalls von einer Entwicklung hin zu einer somatoformen Schmerzstörung berichtet hatte (AB 70/4).

Indessen ist auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung auf der Grundlage der dazu ergangenen Rechtsprechung nicht per se invalidisierend. Ausgehend von der Vermutung der Überwindbarkeit dieser Störung muss für die Annahme einer invalidisierenden Wirkung dargelegt sein, aufgrund welcher Faktoren und in welchem Ausmass diese Vermutung als widerlegt zu gelten hat. Ob in diesem Sinne ein Wiedereinstieg

in den Arbeitsprozess ausnahmsweise unzumutbar ist, hängt vorab von der Feststellung einer qualifizierten psychischen Komorbidität, aber auch vom Vorliegen weiterer Kriterien ab (vgl. E. 2.2 hiervor). Die nachvollziehbare Diagnosestellung einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer mittelgradigen depressiven Episode im MEDAS-Gutachten bedeutet deshalb nicht ohne weiteres, dass der aus psychischen Gründen postulierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit (AB 93.1/13 oben) aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht gefolgt werden kann. Denn nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen stellt es eine von der Verwaltung bzw. vom Gericht zu prüfende Rechtsfrage dar, ob eine festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung und somit auf deren ausnahmsweise invalidisierenden Charakter zu gestatten (SVR 2008 IV Nr. 23 S. 72 E. 2.2). Es können sich daher Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses deshalb aus rein medizinischer Sicht in Frage gestellt wäre (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. April 2014, 9C_5/2014, E. 2.2; SVR 2013 IV Nr. 9 S. 22 E. 4.2.2). Auf die Frage der Überwindbarkeit ist somit näher einzugehen.

3.4.2 Die Beschwerdeführerin wurde am 23. März 2008 bei einem Zervikobrachialsyndrom C7 rechts und paramedianer Diskushernie C6/7 im Spital F._____ operiert (AB 12/10-12). Nach komplikationslosem Verlauf und anfänglicher Besserung der Schmerzsymptomatik (AB 12/9) trat in der Folge eine Chronifizierung ein, die sich somatisch nicht erklären liess. Im Verlaufsbericht des Spitals F._____ vom 19. September 2008 wurde erstmals auf eine depressive Grundstimmung und Antriebslosigkeit hingewiesen und eine Ausweitung der Schmerztherapie empfohlen (AB 17/4). Der RAD hielt im Bericht vom 11. Dezember 2008 eine sich möglicherweise anbahnende somatoforme Schmerzstörung fest (AB 21/3). In der Folge wurde die Beschwerdeführerin am 26. September 2008 auf dem Zebrastrifen von einem Auto angefahren. Nach dreitägiger konservativer Be-

handlung der erlittenen leichten Unfallfolgen im Spital I._____ konnte sie weitgehend beschwerdefrei nach Hause entlassen werden (AB 24/4-5). Hinsichtlich der HWS-Problematik wies das Spital F._____ am 19. Dezember 2008 auf eine – radiologisch jedoch nicht objektivierbare – Aggravierung der Beschwerden durch den Unfall hin (AB 24/6). Im Zusammenhang mit den geschilderten somatischen Beschwerden entwickelte die Beschwerdeführerin dann im Lauf des Jahres 2009 eine zunehmende depressive Verstimmung (AB 93.1/11 Ziff. 1.3 Mitte), die diagnostisch von den Ärzten übereinstimmend als mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bestätigt wurde (AB 27/3, 44/1, 58.1/5, 70/2, 79/2).

Aufgrund dieses Krankheitsverlaufs kann bezüglich der mittelgradigen depressiven Episode – anders als die Beschwerdeführerin vorbringt (Beschwerde, S. 5 f.) – nicht von einem eigenständigen psychischen Gesundheitsschaden ausgegangen werden. Vielmehr lag vorerst eine rein organische Schädigung vor, die ein Schmerzsyndrom zur Folge hatte, welches wiederum zu einer depressiven Entwicklung führte. Die Schmerzsymptomatik und der psychische Zustand sind somit offensichtlich eng miteinander verknüpft. Hinzu kommt der Einfluss belastender, invalidenversicherungsrechtlich für sich allein jedoch nicht relevanter (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2) psychosozialer Umstände, die die Entwicklung der Depression mitbedingten bzw. unterhalten. So hielten die MEDAS-Gutachter im Ergänzungsbericht vom 7. Oktober 2013 fest, es sei eine therapeutisch ausserordentlich schwer zugängliche Krankheitsdynamik im Sinne einer zuweilen therapieresistenten Depression eingetreten, die primär mit einer Verschlechterung der körperlichen Belastbarkeit im Rahmen des degenerativen HWS-Syndroms begonnen habe und im weiteren Verlauf durch reaktive Einflüsse einschliesslich eines unbewältigten familiären Konflikts beeinflusst worden sei (AB 105.1/3). Dies steht in Übereinstimmung mit den Ausführungen von Dr. med. C._____ in dessen Gutachten vom März 2011, wonach die Beschwerdeführerin seit Jahren durch den Gefängnisaufenthalt ihres älteren Sohnes und durch die Erkrankung ihres Ehemannes sowie durch ihre körperlichen Beschwerden belastet sei; auf der Basis dieser Belastungssituation sei die depressive Entwicklung zu verstehen (AB 58.1/6 Mitte). Gestützt auf das MEDAS-Gutachten sowie die übrigen Akten fehlt es somit an einer von der Schmerzstörung

und psychosozialen Belastungsfaktoren klar unterscheidbaren, andauernden Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens und damit an einer psychischen Komorbidität in der rechtlich geforderten Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer.

Die vom behandelnden Psychiater Dr. med. G. _____ – nebst der mittelschweren depressiven Episode – aufgeführte posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; AB 27/3, 44/1, 79/2) konnte von den MEDAS-Gutachtern (AB 93.1/12), wie zuvor auch von Dr. med. C. _____ (AB 58.1/6) und der RAD-Psychiaterin Dr. med. H. _____ (AB 36/3), nicht bestätigt werden. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung entsteht eine PTBS gemäss den diagnostischen Leitlinien als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmasses (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein (Entscheid des BGer vom 15. Juli 2010, 8C_754/2009, E. 5.3.3, mit Hinweis auf DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8. Aufl. 2011, S. 207). Ein solches Ereignis liegt mit dem Unfallereignis vom 26. September 2008, bei welchem sich die Beschwerdeführerin keine schweren Verletzungen zuzog und mit in somatischer Hinsicht kurzem und komplikationslosem Behandlungsverlauf (AB 24/4-5), nicht vor. So ergaben sich anlässlich der MEDAS-Untersuchung auch keine Anhaltspunkte für Intrusionen, ein traumabezogenes Vermeidungsverhalten oder vegetative Dysregulationen im Rahmen der Schilderungen des Unfalls (AB 93.1/12; vgl. die übereinstimmenden Ausführungen von Dr. med. C. _____ in AB 58.1/6). Die vom behandelnden Psychiater aufgeführte PTBS ist somit nicht erstellt.

3.4.3 Auch die weiteren Kriterien für die Annahme einer ausnahmsweise invalidisierenden somatoformen Schmerzstörung sind – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 6 f.) – 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 mit Blick auf die bescheidenen (objektivierbaren) organischen Befunde betreffend das degenerative HWS-Syndrom mit vollumfänglicher Zumutbarkeit körperlich leichter bis mittelschwerer Tätigkeiten (vgl. E. 3.3 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; die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung allein genügt hierfür nicht, da das Kriterium sonst immer zu bejahen und zudem in der Definition der Krankheit selbst enthalten wäre. Gemäss dem Ergänzungsbericht der MEDAS vom 7. Oktober 2013 liegt ein ausgesprochen „hochgradiger“ sozialer Rückzug vor (AB 105.1/2 Ziff. 5). Aus deren Gutachten ergibt sich jedoch, dass die Beschwerdeführerin morgens meistens zum Einkaufen mitgehe und nachmittags mit ihrem Ehemann Spaziergänge unternehme. Zudem habe sie im Sommer 2012 zusammen mit der Familie den in ... lebenden älteren Sohn besucht (AB 93.1/7). Sodann ist dem Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 1. März 2011 zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin gute Kontakte zum jüngeren Sohn, dessen Freundin und Kind sowie zu ihrem Bruder pflege, den sie gelegentlich auch besuche (AB 58.1/3 f.). Ausserdem sei sie ohne weiteres in der Lage, in Begleitung ihres Ehemanns die Wohnung zu verlassen (AB 58.1/6). Weiter sei sie mit der Freundin des Sohnes nach ... und bereits 2010 mit dem Bruder in dessen Auto nach ... gefahren (AB 58.1/7). Unter diesen Umständen ist – unabhängig des von den Gutachtern verwendeten Begriffs „hochgradig“ – jedenfalls ein im Sinne der Rechtsprechung vorausgesetzter sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 S. 355) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen (vgl. Entscheid des BGer vom 16. Februar 2011, 9C_811/2010, E. 4.3). Sodann kann angesichts der geringen Frequenz der psychotherapeutischen Arztbesuche nicht von einer konsequent durchgeführten Therapie und damit auch nicht vom Scheitern einer solchen gesprochen werden, zumal sich die Beeinträchtigungen gemäss den MEDAS-Gutachtern durch eine Intensivierung der Psychotherapie reduzie-

ren liessen (AB 93.1/18 Ziff. 8). Schliesslich kann auch nicht von einem primären Krankheitsgewinn ausgegangen werden. Auf entsprechende Frage hin (AB 105.1/3 Ziff. 6) bejahten die MEDAS-Gutachter allein das Vorliegen einer zuweilen therapieresistenten Depression, nicht aber eine Flucht in die Krankheit im Sinne eines primären Krankheitsgewinns.

3.4.4 Damit liegt in psychiatrischer Hinsicht eine Problematik vor, die im Lichte der Rechtsprechung betreffend der grundsätzlich fehlenden invalidisierenden Wirkung ätiologisch-pathogenetisch nicht erklärbarer syndromaler Leidenszustände invalidenversicherungsrechtlich überwindbar ist und keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit begründet. Für das Zumutbarkeitsprofil sind deshalb lediglich die rein somatischen Befunde, soweit diese objektivierbar sind, massgebend. Danach sind der Beschwerdeführerin leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten und Zwangshaltungen vollumfänglich zumutbar (vgl. E. 3.3 hiervor).

4.

Auf dieser Basis ist im Folgenden die Invaliditätsbemessung zu prüfen (vgl. E. 2.4 hiervor):

4.1 Dabei stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG vorab die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode (Art. 16 ATSG sowie Art. 28a Abs. 2 f. IVG). Ob eine versicherte Person als ganzjährig oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt –, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 125 V 146 E. 2c S. 150). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 508). Bei einer im Haushalt tätigen versicherten Person im Besonderen ist zu prüfen, ob sie im Gesundheitsfall mit Rücksicht auf die gesamten Umstände vorwiegend erwerbstätig oder im

Haushalt beschäftigt wäre. Nebst den finanziellen Verhältnissen sind sämtliche weiteren Gegebenheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen, wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen der versicherten Person (BGE 125 V 146 E. 2c S. 150; AHI 1997 S. 289 E. 2b). Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 117 V 194 E. 3b S. 195). Die Frage nach der anwendbaren Methode beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung (vgl. BGE 129 V 167 E. 1 S. 169) entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 125 V 146 E. 2c S. 150, 117 V 194 E. 3b S. 195).

4.2 Anlässlich der Erhebung im Haushalt vom 23. April 2013 gab die Beschwerdeführerin gegenüber dem Abklärungsdienst an, dass sie im Gesundheitsfall heute noch so arbeiten würde wie vor der Operation der Halswirbelsäule (AB 97/4). Gemäss der Krankmeldung zuhanden des Krankentaggeldversicherers vom 31. Juli 2008 arbeitete die Beschwerdeführerin vor der Operation mit einem Pensum von durchschnittlich 57 % (AB 11/3). Aus den Angaben im Auszug aus dem individuellen Konto (IK) der Ausgleichskasse des Kantons Bern (AKB) für das Jahr 2007 (J. _____: Fr. 26'569.-; K. _____: Fr. 2'400.-- [AB 10/3]) und den aktenkundigen Stundenlohnansätzen von Fr. 18.24 (J. _____ [AB 9/2]) und von Fr. 25.-- (K. _____ [AB 97/3 Ziff. 3.2]) ergibt sich ausgehend von einer üblichen Arbeitszeit von 2'184 Stunden pro Jahr ein Beschäftigungsgrad von rund 71 % im Jahr 2007 (AB 97/4). Zu diesem Zeitpunkt war der ältere Sohn bereits inhaftiert und der Ehemann infolge Invalidität nicht mehr erwerbstätig (AB 58.1/6), sodass entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung (S. 8) damals hinsichtlich der Betreuungssituation und der finanziellen Verhältnisse keine ganz anderen Umstände vorgelegen haben, welche der Annahme einer im Gesundheitsfall weiterhin aufrechterhaltenen Teilerwerbstätigkeit entgegenstünden. Der von der Verwaltung angenommene Status von 75 % Erwerbstätigkeit und 25 % Haushalt ist unter diesen

Gesichtspunkten nicht zu beanstanden. Zwar liesse allein die Lohnabrechnung pro 2007 (AB 9/8) allenfalls auch die Annahme eines Erwerbsanteils von maximal 80 % zu (Rubrik 3050, durchschnittlicher Beschäftigungsgrad laufendes Jahr); selbst wenn zu Gunsten der Beschwerdeführerin von diesem Erwerbsumfang ausgegangen wird, führt dies jedoch – wie nachfolgend dargelegt wird – bei der Berechnung des Invaliditätsgrads zu keinem anderen Resultat. Dagegen bestehen für den in der Beschwerde geltend gemachten Status von 100 % Erwerbstätigkeit (S. 8) keine hinreichenden Anhaltspunkte, zumal anlässlich der Haushaltsabklärung im Rahmen der sog. spontanen Aussage der ersten Stunde (s. dazu BGE 121 V 45 E. 2a S. 47, 115 V 133 E. 8c S. 143; RKUV 2004 U 515 S. 420 E. 1.2) nichts dergleichen geltend gemacht worden war.

Der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin ist somit entsprechend der gemischten Methode (vgl. E. 2.4 hiervor) im Erwerbsbereich mittels Einkommensvergleichs (E. 5 hiernach) und im Aufgabenbereich Haushalt mittels Betätigungsvergleichs (E. 6 hiernach) zu bemessen.

5.

5.1 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 (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). 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). Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemässem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

5.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

Der Beschwerdeführerin wurde ärztlicherseits ab 18. Februar 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (AB 11/2, 12/1, 24/2, 78/5). Das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG endete somit per 17. Februar 2009. Die IV-Anmeldung erfolgte zuvor am 18. Juni 2008. In Anwendung von Art. 29 Abs. 1 und 3 sowie Art. 28 IVG ist der hypothetische Rentenbeginn somit auf den 1. Februar 2009 festzusetzen (vgl. auch BGE 138 V 475), womit für

die Berechnung des Invaliditätsgrades auf die Verhältnisse des Jahres 2009 abzustellen ist.

5.3 Gemäss Angaben der J. _____ verlor die Beschwerdeführerin ihre letzte Arbeitsstelle als ... per 31. Juli 2008 zumindest auch aus betrieblichen Gründen (Reorganisation; AB 9/1, 9/5). Es ist damit davon auszugehen, dass ihr die Arbeitsstelle auch bei guter Gesundheit gekündigt worden wäre. Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen deshalb zu Recht anhand der statistischen LSE-Werte festgesetzt.

Die Beschwerdeführerin verfügt über keine berufliche Ausbildung und war nach der Einreise in die Schweiz ab ... als ... tätig (AB 58.1/4, 93.1/9 Ziff. 5, 97/3 Ziff. 3.1 f.). Vor diesem Hintergrund zog die Verwaltung zur Bestimmung des Valideneinkommens den Durchschnittslohn gemäss LSE (2010), Tabelle TA1 (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht), Ziff. 96 (Sonstige persönliche Dienstleistungen) heran. Dagegen wendet die Beschwerdeführerin ein, werde davon ausgegangen, dass sie im Gesundheitsfall weiterhin als ... gearbeitet hätte, sei der Lohn dieser Berufssparte, d.h. der Durchschnittswert gemäss der LSE-Tabelle T7 S (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Tätigkeit, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht), Ziff. 35 (Reinigung und öffentliche Hygiene) massgebend (Beschwerde, S. 9).

Die bundesgerichtliche Rechtsprechung wendet in der Regel die Monatslöhne gemäss LSE-Tabelle TA1, Zeile „Total“, an. Bisweilen wird aber auch auf Löhne einzelner Sektoren oder gar einzelner Branchen abgestellt, wenn dies als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen, namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit in diesem Bereich tätig gewesen sind und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt. Auch kann es sich nach den konkreten Umständen des Einzelfalls rechtfertigen, anstatt auf die Tabelle TA1 auf die Tabelle TA7 abzustellen, wenn dies eine genauere Festsetzung des Valideneinkommens erlaubt und dem Versicherten der entsprechende Sektor offen steht und zumutbar ist (SVR 2008 IV Nr. 20 S. 64 E. 5.1). Wie es sich damit im vorliegend zu beurteilenden Fall genau verhält, kann indessen of-

fen bleiben, da auch bei Heranziehen des (höheren) Durchschnittswertes gemäss der LSE (2008), Tabelle T7 S, Ziff. 35, Anforderungsniveau 4, Frauen (Fr. 3'967.-- pro Monat), kein anderes Ergebnis resultiert.

Demnach beträgt das Valideneinkommen, indexiert auf das Jahr 2009, bezogen auf ein Arbeitspensum von 80 % (vgl. jedoch E. 4.2 hiervor), höchstens Fr. 40'537.55 ($0.8 \times \text{Fr. } 3'967.-- \times 12 / 40 \times 41.7$ [Bundesamt für Statistik {BFS}, Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit, Total, 2009] / 123.5×126.1 [Indizes gemäss BFS, Tabelle T1.2.93, Nominallohnindex, Frauen, 2008 und 2009]).

5.4 Der von der Verwaltung für die Festsetzung des Invalideneinkommens herangezogene Durchschnittswert gemäss der LSE-Tabelle TA1, Total, Anforderungsniveau 4, Frauen, ist unbestritten (Beschwerde, S. 9) und gibt mit Blick auf das massgebende Zumutbarkeitsprofil (E. 3.3 und 3.4.4 hiervor) zu keinen Bemerkungen Anlass. Hingegen bringt die Beschwerdeführerin vor, es sei zu Unrecht kein Abzug vom Tabellenlohn erfolgt. Nach Massgabe der dazu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechung (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; vgl. E. 5.1 hiervor) erscheint vorliegend aufgrund des von den MEDAS-Gutachtern formulierten, seitens der HWS-Problematik eingeschränkten Belastungsprofils (vgl. E. 3.1.7 hiervor und AB 93.1/16) ein leidensbedingter Abzug von 10 % als angemessen. Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung fällt ein darüber hinausgehender Abzug wegen Teilzeitarbeit, mangelhaftem (aktivem und passivem) Sprachverständnis und Alter ausser Betracht. Dass die Beschwerdeführerin allein teilzeitlich tätig ist, ist ebenso wie das mangelhafte Sprachverständnis, nicht nur auf Seiten des Invaliden-, sondern auch auf Seiten des Valideneinkommens zu berücksichtigen. Zudem unterliegen die ihr offen stehenden (zumutbaren) Hilfsarbeiten keinen besonderen Qualifikationen und werden altersunabhängig nachgefragt (Entscheid des BGer vom 28. Mai 2009, 9C_918/2008, E. 4.2.2).

Somit beträgt das Invalideneinkommen auf der Basis der LSE (2008), TA 1, Total, Anforderungsniveau 4, Frauen (Fr. 4'116.-- pro Monat), indexiert auf das Jahr 2009, bezogen auf ein Arbeitspensum von 80 % (vgl. jedoch E. 4.2 hiervor) und unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs von 10 %, Fr. 37'854.15 ($0.8 \times 0.9 \times \text{Fr. } 4'116.-- \times 12 / 40 \times 41.7$ [BFS, Statistik

der betriebsüblichen Arbeitszeit, Total, 2009] / 123.5 x 126.1 [Indizes gemäss BFS, Tabelle T1.2.93, Nominallohnindex, Frauen, 2008 und 2009]).

5.5 Bei einem Valideneinkommen von maximal Fr. 40'537.55 und einem Invalideneinkommen von Fr. 37'854.15 resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 2'683.40 bzw. ein Teilinvaliditätsgrad im Erwerbsbereich von maximal 6.62 %.

6.

6.1 Den ärztlichen Schätzungen der Arbeitsfähigkeit kommt kein genereller Vorrang gegenüber den Abklärungen der Invalidenversicherung im Haushalt zu. So wenig wie bei der Bemessungsmethode des Einkommensvergleichs nach Art. 16 ATSG kann beim Betätigungsvergleich nach Art. 28a Abs. 2 IVG auf eine medizinisch-theoretische Schätzung der Invalidität abgestellt werden. Massgebend ist die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, was unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse im Einzelfall festzustellen ist. Die von der Invalidenversicherung eingeholten Abklärungsberichte im Haushalt stellen eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung dar. Nach der Rechtsprechung bedarf es des Bezugs eines Arztes, der sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (SVR 2005 IV Nr. 21 S. 84 E. 5.1.1).

Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle

erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 130 V 61 E. 6.2 S. 63; SVR 2012 IV Nr. 54 S. 196 E. 3.2).

6.2 Im Abklärungsbericht Haushalt vom 25. April 2013 wurde mittels Betätigungsvergleichs eine Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt von 0 % ermittelt (AB 97/10 f. Ziff. 6). Die Verwaltung hielt dazu im Wesentlichen fest (AB 97/11), es sei aus rechtlicher Sicht auf der Basis des MEDAS-Gutachtens hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes davon auszugehen, dass die geklagten Beschwerden mit zumutbarer Willensanstrengung als überwindbar zu betrachten und allein die somatischen Beeinträchtigungen zu beachten seien. Aus somatischer Sicht sei der Beschwerdeführerin eine Verweistätigkeit mit leichten bis mittelschweren Arbeiten ab Anfang Januar 2009 vollumfänglich zumutbar. Auch sei es ihr zuzumuten, sich eine zweckmässige Arbeitsweise anzueignen, damit sie den Haushalt selber erledigen könne. Sodann sei ihrem Ehemann die Mitarbeit im Haushalt mehr als im üblichen Umfang zumutbar. Vor diesem Hintergrund seien die vorgetragene Einschränkungen im Haushalt nicht nachvollziehbar, der Haushalt könne der Beschwerdeführerin und ihrem Ehemann vollumfänglich zugemutet werden.

Die vorstehenden Ausführungen der Verwaltung sind zunächst insofern zu bestätigen, als aus psychiatrischer Sicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt bzw. davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin die in diesem Zusammenhang geklagten Beschwerden zu überwinden hat. Für das Zumutbarkeitsprofil massgebend sind somit allein die in somatischer Hinsicht objektivierbaren Befunde betreffend die degenerative HWS-Problematik (E. 3.4.4 hiavor).

Grundsätzlich zu Recht wurde weiter berücksichtigt, dass die Beschwerdeführerin nach höchstrichterlicher Rechtsprechung im Rahmen der Schadenminderungspflicht gehalten ist, in gewissem Ausmass die Mithilfe der Familienangehörigen in Anspruch zu nehmen. Jedoch ist ein invaliditätsbeding-

ter Ausfall insoweit anzunehmen, als die Aufgaben, welche nicht mehr erfüllt werden können, durch Drittpersonen gegen Entlohnung oder durch Angehörige verrichtet werden, denen dadurch nachgewiesenermassen eine Erwerbseinbusse oder doch eine unverhältnismässige Belastung entsteht. Auch wenn die zu berücksichtigende Mithilfe von Familienangehörigen weitergeht, als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung, darf sodann nach der Rechtsprechung unter dem Titel der Schadenminderungspflicht nicht etwa die Bewältigung der Haushaltstätigkeit in einzelnen Funktionen oder insgesamt auf die übrigen Familienmitglieder überwältigt werden mit der Folge, dass gleichsam bei jeder festgestellten Einschränkung danach gefragt werden müsste, ob sich ein Familienmitglied finden lässt, das allenfalls für eine ersatzweise Ausführung der entsprechenden Teilfunktionen in Frage kommt. Massgebend ist vielmehr, wie sich eine vernünftige Familiengemeinschaft einrichten würde, wenn keine Versicherungsleistungen zu erwarten wären (BGE 133 V 504 E. 4.2 S. 509 f.).

Aufgrund des von den MEDAS-Gutachtern formulierten Belastungsprofils (vgl. E. 3.1.7 hiervor und AB 93.1/16) ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin auf der Basis der objektivierbaren somatischen Befunde bezüglich mittelschwerer bis schwerer und die HWS übermässig belastender Haushaltsarbeiten eingeschränkt ist. So ist auch dem Abklärungsbericht Haushalt (AB 97/10 f. Ziff. 6) zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin wegen Schulterschmerzen nicht mehr wie früher kochen und nicht mehr lange in der Küche stehen könne. Weiter wird festgehalten, dass sie einen Grossteil der Aufgaben im Rahmen der Wohnungs- sowie der Wäsche- und Kleiderpflege nicht mehr erledigen könne, was jedenfalls für das Heben und das Tragen schwererer Lasten sowie für Arbeiten, die „über Kopf“ oder in längerer vornüber geneigter Haltung auszuführen sind oder mit repetitiven Rotationsbewegungen des Oberkörpers einhergehen, nachvollziehbar erscheint. Unter diesen Umständen ist fraglich, ob dem Abklärungsbericht insoweit gefolgt werden kann, als darin sämtliche Haushaltsaufgaben mit 0 % Einschränkung beziffert wurden. Auch wenn die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht gehalten ist, die Mithilfe der Familienangehörigen in Anspruch zu nehmen, ist es nach der zitierten Rechtsprechung unzulässig, die Bewältigung der Haus-

haltstätigkeit insgesamt auf die übrigen Familienmitglieder zu überwälzen. Wie es sich vorliegend mit der Bemessung der Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt genau verhält, kann indessen offen bleiben, da selbst bei – allein hypothetischer – Annahme einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit in diesem Bereich kein rentenerheblicher Gesamtinvaliditätsgrad resultierte. Bei dieser hier zweifellos nicht zutreffenden bestmöglichen Annahme zugunsten der Beschwerdeführerin ergäbe sich für den Bereich Haushalt eine (ungewichtete) Einschränkung von 100 %.

7.

Nach dem Dargelegten ergibt sich bei bestmöglichen Annahmen zugunsten der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung eines Status von 80 % Erwerbstätigkeit und 20 % Haushalt ein gewichteter Gesamtinvaliditätsgrad von 25 % (maximal $0.8 \times 6.62\%$ [im Erwerbsbereich] + $0.2 \times 100\%$ [im Aufgabenbereich Haushalt]; zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 f. S. 123). Dieser Gesamtinvaliditätsgrad liegt unterhalb der rentenerheblichen Schwelle von 40 %. An diesem Ergebnis würde sich bei einem Status von 75 % Erwerbstätigkeit und 25 % Haushalt nichts ändern, sodass die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch auf eine IV-Rente verneint hat.

Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

8.

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

8.2 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):
 - Rechtsanwalt 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.