

200 14 867 IV
SCI/JAP/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 28. Januar 2015

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch B. _____

Beschwerdeführerin



gegen

IV-Stelle Bern

Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 17. Juli 2014

Sachverhalt:

A.

Die 1963 geborene A. _____ (fortan Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Oktober 2009 unter Hinweis auf Depressionen und eine Schulteroperation bei der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Diese wies das Leistungsbegehren hinsichtlich einer Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 33 % mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 25. August 2011 (AB 56) ab.

B.

Mit Neuanmeldung vom 4. März 2013 (AB 66) machte die Versicherte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend, worauf die IVB eine Arbeitsmarktliche-Medizinische Abklärung (AMA) veranlasste (AB 86, 97). Gestützt auf die erwerblichen sowie medizinischen Abklärungen ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 15 % und stellte mit Vorbescheid vom 18. Februar 2014 (AB 102) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nach erfolgtem Einwand (AB 105) und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 108) verneinte sie mit Verfügung vom 17. Juli 2014 (AB 109) entsprechend dem Vorbescheid einen Rentenanspruch.

C.

Mit Eingabe vom 15. September 2014 erhob die Versicherte, vertreten durch die B. _____, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und ihr sei eine Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei der Invaliditätsgrad auf mindestens 26 % festzulegen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 16. Oktober 2014 schloss die Beschwerdegegnerin, unter Verweis auf eine Stellungnahme des RAD vom 8. Oktober 2014, auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Replicando hielt die Beschwerdeführerin am 19. November 2014 an ihren Rechtsbegehren fest und mit Duplik vom 10. Dezember 2014 bestätigte die Beschwerdegegnerin ihrerseits die gestellten Anträge.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Verfügungen. 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 vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde – unter Vorbehalt von E. 1.2 hienach – einzutreten.

1.2 Bezüglich des Eventualantrags (Beschwerde S. 2 Ziff. I Ziff. 3) hat ein Forumsverschluss zu erfolgen. Der Antrag zielt nicht auf eine Änderung des Dispositivs (Entscheidformel) der angefochtenen Verfügung ab, son-

dem beschlägt den Invaliditätsgrad als Faktor der Beurteilung des Anspruchs und damit ein grundsätzlich nicht anfechtbares Begründungselement (vgl. BGE 115 V 416 E. 3b aa S. 417 f.; SVR 2009 BVG Nr. 27 S. 98 E. 2.2). Soweit die Beschwerdeführerin ein Rechtsschutzinteresse darin sieht, dass «für den Versicherer der 3ten Säule bereits ein Invaliditätsgrad von 25% rentenbegründend ist» (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. III Art. 3), kann ihr nicht gefolgt werden. Die Argumentation der Beschwerdeführerin nimmt Bezug auf allfällige überobligatorische Leistungen einer umhüllenden Vorsorgeeinrichtung (sog. Säule 2b). Es besteht entgegen deren Annahme keine Bindungswirkung der Vorsorgeeinrichtung an einen im Zweig der Invalidenversicherung ermittelten Invaliditätsgrad unter der Rentenschwelle von 40 % (vgl. E. 2.2 hienach; vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. März 2009, 9C_8/2009, E. 3.2).

1.3 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 17. Juli 2014 (AB 109). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

1.5 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 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 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 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 vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [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 Invalidität 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, ob im Vergleich zur letzten rechtskräftigen Abweisung des Leistungsgesuchs am 25. August 2011 (AB 56) im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2014 (AB 109) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eintrat, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.4 hievore). Gegebenenfalls ist anschliessend der Rentenanspruch allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsbeurteilung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu beurteilen (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

3.2 In der Verfügung vom 25. August 2011 (AB 56) war der Abklärungsbericht Haushalt vom 30. Mai 2011 (AB 51) zum integrierenden Verfügungsbestandteil erklärt worden. Dieser Bericht basierte in medizinischer Hinsicht auf der Beurteilung des RAD (AB 36, 39, 41, 51/5 Ziff. 3.7).

Die RAD-Ärzte Dres. med. C._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, untersuchten die Beschwerdeführerin am 10. Juni bzw. 7. September 2010. Die Psychiaterin diagnostizierte eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie eine Dysthymie (ICD-10: F34.1) und attestierte eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von sieben Stunden täglich ohne Leistungseinschränkung (AB 36). Aus somatischer Sicht diagnostizierte Dr. med. D._____ eine «frozen shoulder» (links) bei Status nach Operation einer «frozen shoulder» und Rotatorenmanschetten-Naht sowie Status nach zweimaliger Mobilisation unter Narkose. Er bescheinigte in einer leidensadaptierten Tätigkeit (Arbeit auf Tischhöhe mit Heben von Gewichten bis zehn Kilogramm vom Boden bis auf Tischhöhe) eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (AB 41). Bidisziplinär ergab sich für eine Verweisungstätigkeit (entsprechend dem von Dr. med. D._____ formulierten Zumutbarkeitsprofil) eine Arbeitsfähigkeit von sieben Stunden täglich ohne Leistungseinschränkung (AB 39/3).

3.3 Bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2014 (AB 109) lassen sich bezüglich des medizinischen Verlaufs den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.3.1 Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, diagnostizierte gemäss Auszug aus der Krankengeschichte (AB 74/2 f.) im Rahmen einer Sprechstunde vom 4. Januar 2012 ein subakromiales Impingement Grad I bis II der rechten (dominanten) Schulter sowie einen Status nach offener Akromioplastik links mit «frozen shoulder» und zweimaliger Mobilisation. Er gab an, mit der letzten Infiltration vor zirka sieben Monaten sei bis Oktober vorerst ein gutes Resultat erzielt worden. Seither klage die Beschwerdeführerin wieder über zunehmende ventro-laterale Oberarm- und Schulterschmerzen, vor allem nachts. Er nahm eine Schultergelenksinfiltration rechts vor und instruierte die Beschwerdeführerin in Heimübungen.

Anlässlich der ambulanten Untersuchung vom 18. April 2012 (AB 74/2) zeigte sich die rechte Schulter schmerzarm, leicht besser beweglich aber immer noch eingeschränkt, so dass Dr. med. E._____ Arbeiten unter

Horizontalniveau sicher bis zu 50 % bis 100 % als zumutbar erachtete. Am 17. Juli 2012 bezeichnete er die Situation an der rechten Schulter als deutlich gebessert, wenn auch noch nicht normalisiert. Unter Horizontalniveau bestehe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (AB 74/3).

Im Oktober 2012 vermerkte Dr. med. E. _____ in der Krankengeschichte als Diagnose neu eine rückläufige «frozen shoulder» rechts. Die Beweglichkeit habe sich wiederum etwas verbessert, unter Horizontalniveau bestehe weiterhin eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (AB 74/3).

3.3.2 Der Hausarzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, berichtete am 9. April 2013 unter Verweis auf Dr. med. E. _____, dass das Hauptproblem bei einer «frozen shoulder» rechts liege, während sich die Situation an der linken Schulter gebessert habe. Die angestammte Tätigkeit mit erhobenen Schultern in fixierter Haltung bleibe dauernd unmöglich (AB 70).

3.3.3 Vom 13. Juni bis 10. Juli 2013 wurde die Beschwerdeführerin zur psychosomatischen Rehabilitation in der Klinik J. _____ stationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 24. Juli 2013 (AB 78) wurde als Diagnose hauptsächlich ein Analgetika-Übergebrauch mit/bei migräniformen Kopfschmerzen vermerkt und angegeben, die Kopfschmerzen und die damit einhergehenden Symptome hätten sich im Laufe der Hospitalisation verbessert und die Beschwerdeführerin habe schmerzfrei entlassen werden können.

3.3.4 Der RAD-Arzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, gelangte in seiner Aktenbeurteilung vom 25. Juli 2013 (AB 77) zum Schluss, dass es bezüglich der rechten Schulter zwischen Januar und April 2012 zu einer vorübergehenden Verschlechterung gekommen sei, und ab 17. Juli 2012 aufgrund eines verbesserten Gesundheitszustandes wieder ein ganztägiges Pensum in einer angepassten Tätigkeit zumutbar sei.

3.3.5 Auf Empfehlung des RAD (AB 79) wurde die Beschwerdeführerin im Rahmen der AMA vom 2. September bis zum formellen Abbruch der Massnahme am 22. September 2013 in der ..., abgeklärt (AB 97). Während der laufenden Abklärung attestierte ihr Hausarzt ab 11. September 2013 und

bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (AB 92/3, 97/16). Dr. med. C._____ führte nach eigenen Untersuchungen in der medizinischen Dokumentation zur AMA (AB 92) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymie (ICD-10: F34) sowie ein Impingement beider Schultern auf. Sie erklärte, dass aus psychiatrischer Sicht Tätigkeiten zumutbar seien, die dem von Dr. med. G._____ formulierten Anforderungsprofil entsprächen.

3.3.6 Am 25. November 2013 wurde die Beschwerdeführerin durch Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, konsiliarisch untersucht. Gestützt auf eine am 19. September 2013 durchgeführte bildgebende Untersuchung (Arthro-MRI) diagnostizierte er bezüglich der rechten Schulter eine «frozen shoulder» bei Tendinopathie und diskreter artikulärer Partialruptur der Supraspinatussehne. Er beurteilte die Situation bei Chronifizierung und Aufsuchen bereits mehrerer Schulterspezialisten als schwierig und empfahl unter anderem einen Therapieversuch mit Laser-Elektro-Akupunktur (AB 106.2/3 f.). Im Bericht vom 27. Januar 2014 (AB 106.2/2) über die gleichentags durchgeführte Nachkontrolle gab er an, die Situation sei weiterhin schwierig und habe sich durch die Therapie noch wenig gebessert. Er rate von einem operativen Eingriff ab, da ein ungünstiger Verlauf wie auf der Gegenseite zu erwarten sei.

3.3.7 Dr. med. I._____ diagnostizierte im Bericht vom 17. März 2014 (AB 106.2/1) eine rezidivierende depressive Störung bei posttraumatischer Belastungsstörung und erklärte unter anderem, er behandle die Beschwerdeführerin seit 2008 ambulant; aus psychiatrischer Sicht erlebe sie eine neue Dekompensation, da bei ihrem Vater eine Alzheimer-Erkrankung diagnostiziert worden sei. Dies habe ein früheres Trauma im Zusammenhang mit ihrer Tochter wieder hochgebracht. Die Beschwerdeführerin leide unter Zukunftsängsten, Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafstörungen. Besonders dieser Stressfaktor habe vermehrt und stärker Migräne-Krisen ausgelöst. Sie erlebe zudem starke Konflikte mit ihrem Ehegatten.

3.3.8 Dr. med. C._____ vertrat in ihrer Stellungnahme vom 4. Juni 2014 (AB 108) die Ansicht, dass die Traumakriterien nicht erfüllt seien und damit eine posttraumatische Belastungsstörung nicht ausgewiesen sei. Es

lägen eher psychovegetative Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren vor. Die Angaben in den Berichten von Dr. med. H. _____ seien bereits früher bekannt gewesen und im Zumutbarkeitsprofil bereits berücksichtigt worden.

3.3.9 In seiner im vorliegenden Verfahren aufgelegten Stellungnahme vom 14. Oktober 2014 (AB 115) wies Dr. med. G. _____ unter anderem darauf hin, dass aufgrund der klinischen Befunde praktisch eine freie Beweglichkeit der linken Schulter und demnach keine «frozen shoulder» mehr vorliege. In den Berichten von Dr. med. H. _____ werde bestätigt, dass gegenüber den Berichten von Dr. med. E. _____ weiterhin eine eingeschränkte Schultergelenksbeweglichkeit rechts im Vergleich zu links bestehe. Bezüglich der Auswirkungen werde auf die Berichte von Dr. med. E. _____ verwiesen, der eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit attestiert habe. Es sei erstellt, dass sich das Leiden längerfristig mit medizinischen Massnahmen behandeln lasse und entsprechend nur bedingt invalidenversicherungs-relevant sei. Wie bereits im Jahr 2012 von Dr. med. E. _____ erstellt, seien sämtliche Tätigkeiten unter der Schulterhorizontalen in einem vollschichtigen Pensum zumutbar.

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).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf

mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

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 Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2014 (AB 109) auf die RAD-Berichte (AB 77, 92, 108). Die entsprechenden Einschätzungen erfüllen die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.4 hievore) und erbringen damit vollen Beweis.

3.5.1 Die Dres. med. C._____ und G._____ gaben ihre fachärztlichen Einschätzungen in Kenntnis der vollständigen Vorakten und unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der Abklärung in der ... ab. Die Psychiaterin untersuchte die Beschwerdeführerin zudem im Rahmen der

AMA persönlich und der Orthopäde konnte sich auf die klinischen Befunde von Dr. med. E. _____ stützen. Dr. med. G. _____ verschaffte sich anhand der Akten ein lückenloses Bild über Anamnese, Verlauf und den gegenwärtigen Status, weshalb der Umstand, dass er die Beschwerdeführerin nicht persönlich explorierte, die Beweiskraft seiner Schlussfolgerungen – entgegen der Argumentation in der Beschwerde (S. 4 Ziff. III Art. 2) – nicht zu erschüttern vermag (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Divergierende Arztberichte, die geeignet wären, die beweisrechtliche Validität der RAD-Beurteilungen in Frage zu stellen, sind nicht ersichtlich.

Was die somatischen Beeinträchtigungen anbelangt, korrelieren die Ausführungen von Dr. med. G. _____ mit der Befundlage sowie den diagnostischen Feststellungen von Dr. med. E. _____; auch bezüglich der medizinisch-theoretische Arbeits- und Leistungsfähigkeit ab 17. Juli 2012 besteht Einigkeit unter den beiden Fachärzten (AB 74/3, 77/2). Der Bericht des Hausarztes vom 9. April 2013 (AB 70) steht dieser Beurteilung nicht entgegen, bezog sich die von ihm bescheinigte Arbeitsunfähigkeit doch einzig auf die angestammte Tätigkeit mit erhobenen Schultern in fixierter Haltung. Sein Attest vom 12. September 2013 (AB 97/16) stellte er während der AMA auf Ersuchen seiner Patientin allein gestützt auf deren subjektiven Schmerzangaben aus, obwohl er eigentlich die Auffassung vertrat, dass sie trotz Impingement mehr machen können müsste (AB 92/3). Sodann ändert die von Dr. med. H. _____ bildgebend befundene Tendinopathie und diskrete artikuläre Partialruptur der Supraspinatussehne (AB 106.2/3) nichts am Zumutbarkeitsprofil. Die festgestellten funktionellen Einschränkungen der rechten Schulter präsentierten sich gegenüber den klinischen Befunden, die Dr. med. E. _____ zuletzt im Oktober 2012 dokumentiert hatte, zwar etwas eingeschränkter. Mit einer Abduktion von 90° der linken und 60° der rechten Schulter ist fraglich, ob tatsächlich *sämtliche* Verrichtungen bis zur Horizontalen zumutbar sind (AB 115). Für ein Arbeiten auf normaler Tischhöhe – entsprechend dem ursprünglich von Dr. med. D. _____ für die linke Schulter formulierten Zumutbarkeitsprofil (AB 41/2) – müssen die Arme aber nicht bis 90° abduziert werden (Dr. med. D. _____ erachtete bezüglich der linken Schulter bei einer Abduktion von [damals lediglich] 50° eine Tätigkeit auf Tischhöhe nachvollziehbar für

zumutbar). Somit steht fest, dass der Beschwerdeführerin nach der erneuten Anmeldung bis mindestens zum Zeitpunkt der Verfügung vom 17. Juli 2014 (AB 109) aus somatischer Sicht wenigstens Tätigkeiten bis auf (normaler) Tischhöhe mit einer vollen Präsenzzeit ohne Leistungseinschränkungen zumutbar waren.

Bezüglich der psychischen Situation berücksichtigte Dr. med. C. _____ den vorübergehenden Analgetika-Abusus, der zur Hospitalisation in der Klinik J. _____ (AB 78) führte. Sie zeigte überzeugend und mit stringenten differentialdiagnostischen Überlegungen auf, dass lediglich eine Dys-thymie ohne Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorliegt (AB 92/5-7). Ebenso einleuchtend ist ihre Einschätzung (AB 108), dass die von Dr. med. I. _____ postulierte rezidivierende depressive Störung bei posttraumatischer Belastungsstörung (AB 106.2/1) nicht haltbar ist. Das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung hatte Dr. med. C. _____ bereits im Jahr 2006 eingehend geprüft und schlüssig verneint (AB 36/4-6). Abgesehen davon, dass Dr. med. I. _____ allem Anschein nach nicht über einen in der Schweiz anerkannten Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt (vgl. FMH-Index [www.doctorfmh.ch] bzw. Medizinalberuferegister [www.medregom.admin.ch]), stützte er sich hauptsächlich auf im Vordergrund stehende invaliditätsfremde psychosoziale Gesichtspunkte (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2) bzw. auf ein praxisgemäss nicht invalidisierendes reaktives Geschehen (BGE 127 V 294), ohne seine Einschätzung zudem medizinisch fundiert begründet zu haben.

3.5.2 Die RAD-Ärzte bezogen sich auf das revisionsrechtliche Beweisthema (vgl. SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2), stellten die früheren medizinischen Befunde den aktuellen vergleichend gegenüber und zeigte nachvollziehbar auf, dass sich im Verlauf eine Veränderung ergab. Zwar klagte die Beschwerdeführerin bereits vor Erlass der ersten Verfügung vom 25. August 2011 (AB 56) auch über beginnende Schmerzen in der rechten Schulter (AB 36/3, 51/2 Ziff. 1), diesen wurde jedoch damals keine Massgeblichkeit zugemessen. Die Situation hat sich im Verlauf insoweit verändert, als der behandelnde Dr. med. E. _____, wie vom RAD korrekt festgehalten (AB 115), in der linken Schulter keine Probleme für eine ange-

passte Tätigkeit sah, hingegen eine ähnliche Problematik wie zuvor für die linke Schulter nun rechts feststellte. Schliesslich besteht im Vergleich zum Referenzzeitpunkt aus psychiatrischer Sicht keine Beschränkung der Präsenzzeit mehr auf sieben Stunden, womit in dieser Hinsicht von einer Verbesserung auszugehen ist. Abgesehen davon, dass die diagnostizierte Dysthymie rechtsprechungsgemäss nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleichkommt und somit regelmässig nicht invalidisierend ist (SVR 2011 IV Nr. 17 S. 45 E. 2.2.2).

3.5.3 Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass aufgrund der beweiskräftigen Beurteilung der RAD-Ärzte in tatsächlicher Hinsicht mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit erstellt ist und gleichzeitig davon auszugehen ist, dass zwischen der rechtskräftigen Leistungsablehnung vom 25. August 2011 (AB 56) und der angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2014 (AB 109) eine revisionsrechtlich relevante Sachverhaltsänderung eingetreten ist. Somit ist der Rentenanspruch allseitig frei zu prüfen (vgl. E. 3.1) und bleibt folglich den erwerblichen Auswirkungen dieser medizinischen Ausgangslage nachzugehen.

4.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

4.2

4.2.1 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 EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.2.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

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 (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

Es gilt 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 Invalidenein-

kommen ist nach pflichtgemäsem 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).

4.3

4.3.1 Die Beschwerdegegnerin stellte in der Verfügung vom 17. Juli 2014 (AB 109) mit der Begründung auf den Tabellenlohn ab (AB 109/2), die Entlassung sei aus invaliditätsfremden Gründen erfolgt (weil die Arbeitgeberin eine Vollzeitkraft benötigt habe), was die Beschwerdeführerin beanstandet (vgl. Beschwerde S. 4 f. Ziff. III Art. 3).

Die Beschwerdeführerin stand vom 24. April 1988 bis zum 30. April 2011 in einem Arbeitsverhältnis (AB 51/3 Ziff. 3.2), wobei sie zuletzt mit einem Beschäftigungsgrad von 90 % angestellt gewesen sein soll (AB 22/2 Ziff. 10) und zusätzlich in wechselndem Pensum nach Stückzahl bezahlte Heimarbeit leistete (AB 36/2), wodurch sie nach eigenen Angaben im Minimum das Gehalt eines Vollpensums erreichte (AB 51/4 Ziff. 3.5). Die Arbeitgeberin gab am 2. Mai 2011 gegenüber der Beschwerdegegnerin telefonisch an, die Anstellung habe nicht mehr weitergeführt werden können, weil der Betrieb auf eine Arbeitskraft mit 90 bis 100%igem Pensum angewiesen gewesen sei und die Beschwerdeführerin dieses Pensum aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr erbringen könne (AB 51/4 Ziff. 3.5). Damit erfolgte der Stellenverlust letztlich invaliditätsbedingt und ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im hypothetischen Gesundheitsfall immer noch in ihrem angestammten Arbeitsverhältnis tätig wäre. Es besteht folglich keine Grundlage zum Heranziehen der Tabellenlöhne, vielmehr ist – wie bereits in der Verfügung vom 25. August 2011 (AB 56) – am bisherigen Lohn anzuknüpfen.

Die Beschwerdeführerin argumentierte sinngemäss, sie habe nach der massiven Lohnsteigerung im Jahr 2006 ihr Pensum reduziert und nur noch 90 % gearbeitet. Entgegen ihrer Ansicht (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. III Art. 3) kann nicht das im Jahr 2006 effektiv erzielte Einkommen die Basis bilden. Die Beschwerdeführerin erwirtschaftete während ihrer Anstellung sehr unterschiedliche Einkommen, was offensichtlich auf die zuweilen er-

folgte zusätzliche Heimarbeit zurückzuführen war (AB 10/4 f.). Es ist zwar erstellt, dass sie im Jahr 2007 ihr Pensum reduzierte, dies bedeutet indes nicht ohne weiteres, dass sie damit effektiv ein unter 100 % liegendes Pensum annahm. Zu berücksichtigen ist, dass im Jahr zuvor (d.h. im Jahr 2006) ein starker und aussergewöhnlicher – offensichtlich im Zusammenhang mit der Heimarbeit stehender – Einkommenssprung erfolgt war. Danach sank das Einkommen jedoch nicht unter jenes, das sie in den Jahren vor dem Ausnahmejahr 2006 bei vollzeitiger Anstellung erzielt hatte (AB 10/4). Dass im Jahr 2006 ein massiv höherer Jahreslohn erzielt wurde belegt deshalb nicht, dass auch in Zukunft überwiegend wahrscheinlich ein solch hohes Einkommen erzielt worden wäre, vielmehr ist von einer kurzfristigen und vorübergehenden Entwicklung auszugehen, wie sie sich bereits einmalig im Jahr 1997 ereignet hatte (AB 10/4). Das Valideneinkommen ist auf Basis eines 100%igen Lohnes im Jahr vor der Erkrankung (d.h. 2008) zu berechnen. Damals betrug der Monatslohn bei einem Vollpensum Fr. 4'768.-- (AB 53/2), mithin Fr. 61'984.-- (Fr. 4'768.-- x 13 Monate) im Jahr. Dies führt im massgebenden Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenanspruchs im Jahr 2013 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG) zu einem Valideneinkommen von Fr. 65'773.-- (Fr. 61'984.-- / 105.3 x 108.8 [BFS, Tabelle T1.2.05, Nominallohnindex, Frauen, Wirtschaftszweig D {verarbeitendes Gewerbe; Industrie}, Index 2008 bzw. 2010] / 100 x 102.7 [BFS, Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, Wirtschaftszweig C {verarbeitendes Gewerbe, Herstellung von Waren}, Indexbasis 2010 bzw. Index 2013]).

Selbst wenn (angesichts des einmalig erheblich abweichenden Einkommens 2006 an sich nicht indiziert) von starken und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretenen Schwankungen ausgegangen und anhand des IK-Auszugs (AB 10/4) ein Durchschnittsverdienst aus den letzten fünf vor der Krankheit auf das Jahr 2013 aufindexierten Jahreseinkommen ermittelt würde (vgl. zu diesem Vorgehen SVR 2014 UV Nr. 1 S. 2 E. 4.2, 2010 IV Nr. 26 S. 80 E. 3.3), ergäbe sich ein fast identisches Valideneinkommen von Fr. 66'256.-- (Fr. 59'142.-- [Fr. 52'027.-- {Lohn im Jahr 2004} / 117.9 x 130.5 / 100 x 102.7] + Fr. 59'503.-- [Fr. 53'252.-- {Lohn im Jahr 2005} / 100 x 108.8 / 100 x 102.7] + Fr. 82'171.-- [Fr. 74'495.-- {Lohn im Jahr 2006} / 101.3 x 108.8 / 100 x 102.7] + Fr. 64'722.-- [Fr. 59'661.-- {Lohn

im Jahr 2007} / 103.0 x 108.8 / 100 x 102.7] + Fr. 65'741.-- [Fr. 61'953.--
{Lohn im Jahr 2008} / 105.3 x 108.8 / 100 x 102.7] / 5 = Fr. 66'256.--).

4.3.2 Für das Invalideneinkommen sind unbestrittenermassen die Tabellenlöhne gemäss LSE heranzuziehen, was unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 15 % zu einem Betrag von Fr. 53'106.-- führt (Fr. 4'965.-- [BFS, LSE 2012, Tabelle TA1_b, Total, Frauen, «ohne Kaderfunktion»] x 12 Monate / 40 Wochenarbeitsstunden x 41.7 Wochenarbeitsstunden [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit {BUA}, 2013, Total] / 102.0 x 102.6 [BFS, Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, Total, Index 2012 bzw. 2013] ./ 15 % leidensbedingter Abzug). Der von der Beschwerdegegnerin gewährte leidensbedingte Abzug von 15 % (AB 109/1) erscheint im Übrigen grosszügig, da praxisgemäss selbst dann kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist, wenn eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person gesundheitlich bedingt reduziert leistungsfähig ist (vgl. SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90 E. 4.3.2).

4.3.3 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen (vgl. E. 4.3.1 bzw. 4.3.2 hievor) resultiert ein auf 19 % abzurundender (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) und damit rentenausschliessender (vgl. E. 2.2 hievor) Invaliditätsgrad ([Fr. 65'773.-- ./ Fr. 53'106.--] / Fr. 65'773.-- x 100). Dementsprechend verneinte die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch in der Verfügung vom 17. Juli 2014 (AB 109) im Ergebnis zu Recht. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 15. September 2014 erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

5.

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

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

5.2 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, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.