

200 14 997 IV
GRD/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. April 2016

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. September 2014



Sachverhalt:

A.

Die 1968 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Oktober 2011 bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an, ohne nähere Angaben zur krankheitsbedingten, seit Mai 2010 bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung zu machen (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Den hierauf von der IVB eingeholten medizinischen Berichten zufolge liegt ein Zustand nach Akustikusneurinom WHO Grad 1 Koos-Grad III rechts und Resektion desselben am 8. Juni 2011 (AB 16/7 ff., AB 27/9) sowie ein Zustand nach Neurolyse des Nervus occipitalis minor am 23. Juli 2012 (AB 27/6 ff., 38/1) vor (vgl. auch AB 27/1 ff., 28, 42, 49, 64/3 f.). Im Mai/Juni 2013 meldete sich die Versicherte wegen Schmerzen zudem zum Bezug einer Hilflosenentschädigung an (AB 36). In der Folge veranlasste die IVB in der C._____ eine vierwöchige Arbeitsmarktliche-Medizinische Abklärung (AMA) ab 15. Juli 2013, welche per 18. Juli 2013 abgebrochen wurde (Abklärungsbericht AMA vom 23. August 2013 [AB 65]; vgl. auch AB 63). Nach Einholung eines interdisziplinären (neurologischen und psychiatrischen) Gutachtens (AB 81) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 8. Mai 2014 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 85). Nach erhobenem Einwand (mitsamt Ergänzungsfragen zum Gutachten; AB 93) und hierzu eingeholter Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 96) verfügte die IVB am 18. September 2014 entsprechend dem Vorbescheid (AB 97). Zudem schloss die IVB mit unangetroffenen gebliebener Verfügung vom 7. Juli 2014 (AB 94; nach erfolgtem Vorbescheidverfahren [AB 87]) die berufliche Eingliederung ab.

B.

Gegen die Verfügung vom 18. September 2014 (AB 97) liess die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, am 20. Oktober 2014 Beschwerde führen und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und zur Vervollständigung an die Vorinstanz zurückzuweisen, unter

Kostenfolge. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, das Gutachten erweise sich als unvollständig und nicht überzeugend, weshalb es den beweisrechtlichen Anforderungen nicht genüge.

Mit Eingabe vom 10. November 2014 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine ausführliche Stellungnahme in Form einer Beschwerdeantwort und schloss auf Abweisung der Beschwerde.

Aufforderungsgemäss reichte Fürsprecher B. _____ am 17. November 2014 seine Kostennote ein.

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 einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 18. September 2014 (AB 97). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, ab-

wenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

Im Rahmen der juristischen Beurteilung der noch zumutbaren Arbeitsleistung ist zu beachten, dass es zur Annahme einer Invalidität in jedem Fall ein medizinisches Substrat braucht, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und

der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbstätigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 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).

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 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.6 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Gemäss Berichten der Klinik D._____ des Spitals E._____ vom 25. März, 10. Juni, 14. Juli und 14. Oktober 2011 (AB 16/7 ff., 49/40 f.) wurde ein Akustikusneurinom WHO Grad 1 Koos-Grad III rechts diagnostiziert und am 8. Juni 2011 resektiert. Die Beschwerdeführerin sei mit progredienten Zephalgien symptomatisch geworden. Klinisch habe sie bis auf eine leichte Gangunsicherheit über keine Beschwerden berichtet; in der otoneurologischen Untersuchung hätten sich jedoch eine Störung der zentralen Hörbahn sowie ein peripheres vestibuläres Defizit gezeigt. Nach der Operation sei die Schwindelsymptomatik nicht mehr aufgetreten. Im Alltag komme sie sehr gut zurecht, allerdings sei sie unter vielen Leuten und bei Lärm gestresst und hätte Kopfschmerzen bzw. der Kopf würde schwer. Das Hörvermögen rechts sei nach wie vor erloschen, der Tinnitus sei ebenfalls bei Lärm und Stress exazerbiert.

3.1.2 Weiteren Berichten der Klinik D._____ des Spitals E._____ vom 19. April, 29. Juni, 20. Juli, 25. Juli und 18. September 2012 (AB 27/6 ff., 27/4, 38/1) zufolge kam es nach initial gutem Verlauf bei mikro-neurochirurgischer Entfernung des Akustikusneurinoms (vgl. E. 3.1.1 hiervor) zu einem durch Schmerz- und Schwindelsymptomatik und eingeschränkter Belastbarkeit komplizierten Verlauf. Die Neurolyse des Nervus occipitalis minor rechts am 23. Juli 2012 habe zu keinerlei Besserung der

Symptomatik postoperativ geführt; die Beschwerdeführerin klagt über Schmerzen im Bereich des Nervus occipitalis rechts, jedoch auch linksseitig, und über diffuse Kopfschmerzen.

3.1.3 Im Bericht der Neurologie der Klinik F. _____ vom 12. April 2013 (AB 49/22 ff.) wurde ein chronifiziertes persistierendes multifaktorielles zervikozephaleres rechtsbetontes Schmerzsyndrom bei Status nach retromastoidaler Kraniektomie Tumorexstirpation wegen eines Akustikusneurinom diagnostiziert. Bisherige schmerzlindernde Massnahmen wie eine Neurolyse des Nervus occipitalis minor etc. seien ohne Erfolg gewesen und hätten sogar zu einer Schmerzzunahme geführt; ebenso die Schmerztherapie nach Neuraltherapietechniken mit Injektionen von Procain in die Muskelansatzstellen am Occiput. In der neurologischen Untersuchung fanden sich bis auf eine Hyperpathie im Narbenbereich keine fokale neurologische Defizite, jedoch Anhaltspunkte für eine zusätzliche Wirbelsäulenpathologie links. Diese sei durch eine Computertomographie der HWS am 5. April 2013 bestätigt worden, die eine deutliche Spondylarthrose C2/3 links beschreibe. Morphologisch sei differentialdiagnostisch auch eine Sekundärarthrose bei Status nach Arthritis möglich. Die anamnestisch aufgetretenen starken linksseitigen Nackenschmerzen seien dadurch sicherlich erklärbar. Empfohlen wurde eine psychosomatische Therapie.

3.1.4 In der Klinik G. _____ des Spitals E. _____ wurden gemäss Bericht vom 20. Juni 2013 (AB 42; vgl. auch 28 und 49/9) neuropathische Schmerzen paraaurikulär bei Zustand nach Akustikusneurinom WHO Grad 1 Koos-Grad III mit retromastoidaler Kraniotomie und Tumorexstirpation mit/bei Neurolyse des Nervus occipitalis minor rechts, Spannungskopfschmerzen, Hörverlust rechts, Tinnitus und milder reaktiver Depression, sowie cervikale myofasziale Schmerzen beidseits diagnostiziert. Es bestehe eine starke Allodynie und Hyperalgesie und eine Reduktion der Sensibilität. Seit der Operation bestehe ausserdem eine grosse Tagesmüdigkeit und ein vermehrtes Schwitzen. Zusätzlich sei es durch die kontinuierliche Fehlhaltung zu muskulären Schmerzen im Schulter- und cervikalen Bereich beidseits gekommen. Hier bestehe ein muskulärer Hartspann und eine leichte Einschränkung der aktiven Beweglichkeit. Die durchgeführte quantitativ-sensorische Messung zur Ermittlung der Reflex- und Schmerzschwelle

gebe Hinweise auf eine generalisierte zentrale Sensibilisierung. Die erhöhte Punktezahl im Beck-Depressions-Inventar deute auf das Vorliegen einer milden Depression hin. Der MPI-Interference-Score gebe Hinweise auf eine erhebliche Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens durch die Schmerzen. Sowohl die invasive als auch die medikamentöse Therapie sei ausgeschöpft; auch alternative Therapieformen hätten nicht die gewünschte Schmerzlinderung erbracht. Es könne einzig noch ein stationärer Aufenthalt in einer Schmerzklinik empfohlen werden, um durch Informationen über die Schmerzen und durch ein gezieltes Erlernen von Schmerzbewältigungsmechanismen den Umgang mit den Schmerzen im täglichen Leben besser zu erlernen. Zu einer Schmerzreduktion werde es dadurch nicht kommen, sondern die Schmerzen im täglichen Leben könnten besser ertragen werden.

3.1.5 Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH der Klinik I._____, des Spitals E._____, diagnostizierte im Bericht vom 4. Juli 2013 (AB 64/3 f.) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie rezidivierende Kopfschmerzen vom Spannungstyp. Die Beschwerdeführerin berichte von stets vorhandenen rechtsseitigen Kopfschmerzen, die zunächst als Druckgefühl mit Taubheitsgefühl vorhanden wären und bei (körperlicher) Belastung, Nervosität, Stress oder Alltagsaktivitäten stark zunehmen würden. Wie schon von der Klinik F._____ ausgeführt (vgl. E. 3.1.3 hiervor), handle es sich bei der Beschwerdeführerin um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Neben den chronischen Schmerzen zeige sich eine depressive Begleiterkrankung, welches ein hierfür passendes Muster sei. Ebenfalls sei die lebensbiographische Stressbelastung mit beruflicher und familiärer Verausgabung und Hang zum Perfektionismus typisch.

3.1.6 Der neurologische Gutachter Dr. med. J._____, Facharzt für Neurologie FMH, diagnostizierte im neurologischen Gutachten vom 14. Februar 2014 (AB 81/5 ff.) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rechtsseitige Taubheit, mögliche neuralgiforme Schmerzen im Bereich des Occipitalis minor rechts, eine leicht ausgeprägte vestibuläre Störung und einen Tinnitus, dies alles bei Zustand nach Akustikusneurinom WHO Grad 1 Koos-Grad III rechts und Resektion desselben am 8. Juni 2011 so-

wie Zustand nach Neurolyse des Nervus occipitalis minor am 30. (richtig: 23.) Juli 2012 (S. 8 Ziff. 3). Dass residuelle Beschwerden nach der Akustikusneurinom-Operation bei der Beschwerdeführerin vorlägen, sei nicht anzuzweifeln. Eine von der Beschwerdeführerin beklagte sehr hohe Schmerzintensität würde üblicherweise mit vegetativen Phänomenen wie z.B. einem vermehrten Schwitzen oder Erblässen oder aber einer motorischen Unruhe oder einem begleitenden Affekt einhergehen, was aber vorliegend nicht habe beobachtet werden können; im Gegenteil habe die Beschwerdeführerin über ihre Beschwerden in entspannter Stimmungslage berichtet. Auffällig sei zudem, dass sämtliche eingesetzten Medikamente sowie durchgeführten Therapien zu keinerlei Besserung geführt hätten und die Beschwerdeführerin zum aktuellen Zeitpunkt keine Medikation mehr zu sich nehme. Etwas atypisch erscheine auch der Verlauf mit anfänglich gemäss Unterlagen Monate nach dem Eingriff Wohlbefinden und erst sekundär auftretenden intensivsten, jegliche Tätigkeit verhindernden Beschwerden. Aus rein neurologischer Sicht könne die geschilderte Beschwerdeintensität nicht erklärt bzw. nachvollzogen werden. Die eben erwähnten Auffälligkeiten würden auf seelische und/oder anderweitige Faktoren hinweisen, welche die Beschwerdewertung auf Präsentation derselben mitprägten. Aus rein neurologischer Sicht bestehe eine Beeinträchtigung in Tätigkeiten, in denen die Beschwerdeführerin auf ein beidseitig intaktes Gehör angewiesen sei. Zudem bestünden Beeinträchtigungen mit erhöhten Anforderungen an den Gleichgewichtssinn. In sämtlichen anderen Tätigkeiten sei unter Berücksichtigung eines noch bestehenden Tinnitus sowie intermittierender Kopfschmerzen von einer maximal 20%igen Beeinträchtigung auszugehen (S. 8 ff. Ziff. 4).

Der psychiatrische Gutachter Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 14. Februar 2014 (AB 81/10 ff.) eine leichte depressive Episode, wahrscheinlich rezidivierend (ICD-10 F33.0), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge vom etwas unsicheren, überangepassten, aggressionsgehemmten Typ (ICD-10 Z73.1; S. 13 Ziff. 5). Die Beschwerdeführerin sei noch nie in Psychotherapie gewesen (S. 11 Mitte). Sie sei beim Tod ihrer Eltern ein Jahr alt gewesen und von der Familie der Schwester der Mutter adoptiert wor-

den. Die Beschwerdeführerin habe ein sehr gutes Einvernehmen mit ihren Adoptiveltern; sie habe sich geliebt und unterstützt gefühlt. Sie sei mit drei Cousins und Cousinen aufgewachsen; sie seien wie Geschwister. Die Kindheit und Jugend habe sie in wunderschöner Erinnerung. 1985 habe sie geheiratet; sie fühle sich mit ihrem Ehemann sehr gut. Sie habe ihn geheiratet, obwohl ihre Eltern dagegen gewesen seien; deswegen sei es zu einem 10-jährigen Beziehungsabbruch gekommen. 1990 sei sie zusammen mit dem Ehemann in die Schweiz gekommen. Sie habe eine Tochter (geb. 1987); mit ihr habe sie ein enges und herzliches Verhältnis (S. 12 f. Ziff. 3). Anlässlich der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin etwas niedergeschlagen und unsicher sowie ängstlich gewirkt. Sie sei ganz fixiert auf ihre Einschränkungen und die Exazerbation ihrer Beschwerden. Es bestehe eine Selbstlimitierung (S. 13 Ziff. 4). Sie habe immer in einer Unsicherheit in Bezug auf ihre Herkunft und das Schicksal ihrer leiblichen Eltern gelebt. Es müsse davon ausgegangen werden, dass sie dies in ihrer psychosexuellen Entwicklung beeinträchtigt habe. Bei einer grundsätzlich zu früh erwachsen gewordenen Frau, die mit 17 Jahren geheiratet habe, sei es zunächst zu einem etwas frühen und schuldhaft erlebten Erwachsenwerden gekommen, dies aber nie verbunden mit einer relevanten Psychopathologie. Sobald sie erkrankt und aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sei, sei es offenbar zu einer leichten Regression auf eine etwas kindliche, fordernde, passive Haltung gekommen. Die Grundlage der affektiven Problematik seien sicher nicht nur die nachhaltigen, therapieresistenten Schmerzen, sondern eine in ihrer frühen Jugend erlittene Kränkung und Verunsicherung, die sie, da sie etwas schnell erwachsen wurde und ihre psychischen Ressourcen und Strukturen nicht genügend gut habe aufbauen können, nicht ganz verarbeitet habe. So habe sie bei einer weiteren gravierenden Lebensbelastung dekompenziert und es habe sich einerseits eine depressive Symptomatik und andererseits auch eine anhaltende somatoforme Scherzstörung entwickelt. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine leichte Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 10 %. Eine höhere Bemessung sei ausgesprochen schwierig, auch wenn aus subjektiver Sicht die Beeinträchtigung weit gravierender eingestuft werde. Dies begründe sich nicht zuletzt auch in einer Selbstlimitierung und Fixierung auf die Symptomatik (S. 14 ff. Ziff. 6).

Im Rahmen der Konsensbesprechung (AB 81/16 f.) kamen die Gutachter zum Schluss, dass die in den Fachgebieten begründete Arbeitsunfähigkeit nicht addiert werden könne, da die gleiche Symptomatik einmal aus neurologischer und einmal aus psychiatrischer Sicht beschrieben und bewertet werde. Insgesamt bestehe unter Berücksichtigung der somatischen und psychischen Ressourcen und der zumutbaren Willensanstrengung eine 100%ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in Tätigkeiten, in denen die Beschwerdeführerin auf ein beidseitig intaktes Gehör angewiesen sei. Zudem bestünden Beeinträchtigungen in Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an den Gleichgewichtssinn. In sämtlichen anderen Tätigkeiten sei unter Berücksichtigung aller Befunde von einer maximal 20%igen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 17 unten).

3.1.7 Nachdem sich die Beschwerdeführerin im Einwand kritisch mit dem interdisziplinären Gutachten vom 14. Februar 2014 (AB 81; vgl. E. 3.1.6 hiervor) auseinandergesetzt und Ergänzungsfragen gestellt hatte (AB 93), nahm der RAD-Arzt Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Tropenmedizin und Reisemedizin FMH, am 25. August 2014 hierzu Stellung (AB 96). Er führte aus, dass eine Spondylarthrose an der HWS grundsätzlich bei der grossen Mehrheit der Menschen im Alter der Beschwerdeführerin nachweisbar sei, weshalb dies quasi einen Normalbefund darstelle. Aufgrund eines CT-Befundes (vgl. E. 3.1.3 hiervor) in diesem geringen Ausmass könne nicht auf eine klinisch relevante Erkrankung geschlossen werden. Die Aussagen im Bericht vom 4. Juli (richtig: 20. Juni 2013; AB 42, vgl. E. 3.1.4 hiervor) würden die subjektive Einschätzung der Beschwerdeführerin widerspiegeln, die von niemandem bestritten würden. Bestritten würden einzig die medizinische Objektivierung der geklagten Beschwerden und die Beurteilung der relevanten objektivierbaren Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Die Ergänzungsfragen zum Gutachten hätten aus medizinischer Sicht keine ausschlaggebende Relevanz. Die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit von 10 % aus psychiatrischer Sicht werde ausgedehnt auf 20 % bei Mitberücksichtigung der somatischen Einschränkungen. Es sei nicht davon auszugehen, dass die abschliessende Leistungsbeurteilung durch die Beantwortung der Zusatzfragen verändert werde.

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

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

3.3 Die interdisziplinäre (neurologische und psychiatrische) Beurteilung der Dres. med. K._____ und J._____ vom 14. Februar 2014 (AB 81) basiert unter anderem auf einer umfassenden Anamnese (S. 5 ff., 10 ff.) und umfassenden klinischen Explorationen (S. 7 f.). Die Gutachter hatten Kenntnis der vollständigen Vorakten. Insoweit ist die Expertise nicht zu beanstanden.

Unbestritten liegen bei der Beschwerdeführerin gesundheitliche Beeinträchtigungen vor. Umstritten ist hingegen, welche Auswirkungen die diagnostizierten Krankheiten auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben. Dabei sind nicht primär die Diagnosen, sondern vielmehr die effektiven Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgeblich (vgl. E. 2.1 hiavor).

So macht die Beschwerdeführerin geltend, dass die im CT vom 6. April 2013 in der Klinik F._____ festgestellte deutliche Spondylarthrose HWS C2/3 im interdisziplinären Gutachten nirgends erwähnt worden sei (Be-

schwerde, S. 10 oben). Tatsächlich ist der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin mit Fokus auf den Zustand nach Akustikusneurinom WHO Grad 1 Koos-Grad III rechts und Resektion desselben am 8. Juni 2011 sowie den Zustand nach Neurolyse des Nervus occipitalis minor am 23. Juli 2012 beurteilt worden (vgl. insbesondere AB 81/8 Ziff. 3). Trotz der aktenmässigen Erwähnung der Wirbelsäulenpathologie links (deutliche Spondylarthrose C2/3; AB 49/22 ff., vgl. E. 3.1.3 hiavor; AB 64/3, vgl. E. 3.1.5 hiavor) liessen die Gutachter diese indessen offenbar unberücksichtigt, was auch aus dem Zumutbarkeitsprofil des neurologischen Gutachters (AB 81/10 Mitte und 81/17 Mitte) hervorgeht. Zwar wird der entsprechende Bericht im Gutachten erwähnt (AB 81/3 ad 12.04.2013), jedoch nur in Bezug auf das Procedere, nicht aber in Bezug auf die Diagnosen und die CT der HWS vom 5. April 2013. Immerhin ist von einer doch deutlichen Spondylarthrose die Rede, welche die anamnestisch aufgetretenen starken linksseitigen Nackenschmerzen zu erklären vermöge (AB 49/23 unten). Im Widerspruch dazu geht der RAD-Arzt von einem Normalbefund aus, aufgrund dessen Ausmasses nicht auf eine klinisch relevante Erkrankung geschlossen werden könne (AB 96/2). Eine fachärztliche Einschätzung der erwähnten Befunde fehlt. Auf jeden Fall genügt der RAD-Arztbericht nicht, den Befund hinsichtlich der Auswirkungen hinreichend einzuordnen. Dies bedarf der Klärung. Nach dem Dargelegten kann das Gutachten hinsichtlich der geklagten Beschwerden nicht als umfassend und allseitig bezeichnet werden (vgl. E. 3.2 hiavor). Die Beschwerdeführerin hat im Rahmen des Vorbescheidverfahrens diesbezüglich zu Recht eine ergänzende Stellungnahme der Gutachter verlangt.

3.4 Anhand der derzeit vorliegenden medizinischen Unterlagen lässt sich die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht abschliessend beurteilen, da sie einerseits in sich Widersprüche aufweisen und andererseits weitergehender Klärung insbesondere in Bezug auf die deutliche Spondylarthrose C2/3 bedürfen. Bei diesem Ergebnis kann über die psychische Problematik noch nicht befunden werden.

Weil sich der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt demzufolge als nicht hinreichend abgeklärt erweist, rechtfertigt sich die von der Beschwerdeführerin explizit beantragte und zulässige (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4

S. 264 f.) Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit sie in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) das Erforderliche nachholt. Dabei bleibt es der Beschwerdegegnerin überlassen, ob – allenfalls nach Rücksprache mit dem RAD – den bisherigen Gutachtern lediglich Ergänzungsfragen gestellt werden sollen oder ob eine (Verlaufs-) Begutachtung, allenfalls unter Einbezug eines Facharztes der Rheumatologie, angezeigt erscheint. Allemal muss dabei gewährleistet sein, dass durch den Fragekatalog, soweit ein psychosomatisches Leiden vorliegt, auch die Standardindikatoren im Sinne von BGE 141 V 281 E. 4.2 S. 298 abgedeckt sind (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 339). In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

4.

4.1 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.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist ihr zurückzuerstatten.

4.2 Angesichts ihres Unterliegens hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die Parteikosten zu ersetzen. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

In der Kostennote vom 17. November 2014 hat Fürsprecher B. _____ ein Honorar von Fr. 2'783.-- sowie Auslagen von Fr. 121.30 und die Mehrwertsteuer von Fr. 232.30 geltend gemacht. Diese Beträge sind nicht zu beanstanden. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 3'136.60 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 18. September 2014 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'136.60 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher 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.