

200 15 1046 IV  
FUR/ZID/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 18. August 2016**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Zimmermann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. Oktober 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1967 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ..., meldete sich unter Hinweis auf Sehstörungen und einen grünen Star, Rückenschmerzen, Beinschmerzen links, Hüftschmerzen, Genickschmerzen und Kopfschmerzen im Oktober 2013 bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Diese veranlasste nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen (AB 9 ff.) auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 71) ein polydisziplinäres Gutachten (AB 82.1). Am 16. September 2015 stellte die IVB mit Vorbescheid vom 16. September 2015 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 83) und am 27. Oktober 2015 verfügte sie entsprechend (AB 88).

### **B.**

Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, am 26. November 2015 Beschwerde führen und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr seien Leistungen nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 70 % auszurichten, eventualiter sei die Angelegenheit zur Durchführung weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen, zudem seien ihr berufliche Massnahmen zu gewähren, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, die Begutachtung sei in formeller Hinsicht nicht korrekt zustande gekommen und weder in Bezug auf die Beeinträchtigungen des bei ihr diagnostizierten ADHS noch in orthopädischer Hinsicht sei die Sachlage genügend abgeklärt worden; diese weiteren medizinischen Abklärungen hätten zudem unter Berücksichtigung der Standardindikatoren zu erfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 5. Januar 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingaben vom 12. Februar und 3. März 2016 nutzten beide Parteien die Möglichkeit zur Stellungnahme bzw. zu Schlussbemerkungen.

Aufforderungsgemäss reichte Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ am 21. März 2016 seine Kostennote ein.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 27. Oktober 2015 (AB 88). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

Nicht verfügt wurde in der angefochtenen Verfügung über berufliche Massnahmen. Soweit die Beschwerdeführerin deren Zusprechung beantragt, ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

**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, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 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 jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit 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 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 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 wi-

dersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

### **3.**

**3.1** Den medizinischen Akten ist – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Die Klinik C.\_\_\_\_\_ konnte im Bericht vom 11. November 2013 (AB 15) keine ophthalmologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Bei regelmässiger Befeuchtungstherapie bestehe eine gute Prognose.

**3.1.2** Der behandelnde Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 9. Dezember 2013 (AB 24) eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) und eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.01). Die Beschwerdeführerin sei kurz vor der Lehre (am 27. März 1983; vgl. AB 31/1 Ziff. 2) von einem Motorrad angefahren worden. Sie habe bereits die Lehre als ... als sehr belastend erlebt. Seither habe sie das Gefühl, ständig unter einer Glasglocke zu leben. Seit mindestens zehn Jahren würden täglich Erschöpfungszustände auftreten. Bei der Arbeit seien Konzentrationsstörungen und Flüchtigkeitsfehler beklagt worden. Die Beschwerdeführerin habe zwölf Mal die Stelle gewechselt. Wegen eines Erschöpfungszustandes und einer depressiven Verstimmung sei Cipralext verordnet und die Beschwerdeführerin in die Akut-Tagesklinik der E.\_\_\_\_\_ zugewiesen worden (7. November 2011 bis 16. Februar 2012; vgl. AB 19.5/2 ff. und 48/2 ff., vgl. auch AB 14.3/2 f.). Klinisch habe sie die Symptomatik einer Aufmerksamkeitsstörung gezeigt; diese sei auch während des Aufenthalts in der Akut-Tagesklinik der E.\_\_\_\_\_ beobachtet worden. Die Beschwerdeführerin habe eine deutliche Besserung der Störung unter Medikation mit Ritalin erlebt. Es sei allerdings nicht gelungen, eine konstante Wirkung über einen Arbeitstag zu erzielen. Am 6. Oktober 2011 sei eine Untersuchung in der

Klinik F.\_\_\_\_\_ erfolgt (vgl. AB 19.5/8 ff. bzw. AB 49/16 ff.). Dort habe unter Medikation mit Ritalin testpsychologisch eine leichte Störung der geteilten Aufmerksamkeit festgestellt werden können. Die guten kognitiven Leistungen in diesen Tests hätten nicht mit den im Alltag erlebten Beeinträchtigungen und geschilderten Beschwerden übereingestimmt. Es hätten Klagen über Müdigkeit, Erschöpfung, Augenbeschwerden, Rückenschmerzen und Kopfschmerzen persistiert. Die Beschwerden seien verschiedenen Befunden zugeordnet worden (Hormonmangel, Eisenmangel, Vitamin B12-Mangel). Die Beschwerdeführerin sei seit langem durch Auseinandersetzungen mit Versicherungen belastet und zeitweilig auch überfordert. In letzter Zeit sei auch noch die Belastung durch den schwer kranken Vater dazugekommen. Die Beschwerdeführerin fühle sich höchstens für ein bis zwei Stunden leistungsfähig und müsse dann die Arbeit unterbrechen, um sich zu erholen.

Mit Schreiben vom 18. Mai 2014 an die Hausärztin äusserte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ die Vermutung einer psychosomatischen Genese der meisten somatischen Symptome (AB 49/6).

Mit Bericht vom 7. September 2014 (AB 56) ging Dr. med. D.\_\_\_\_\_ von einem verschlechterten Gesundheitszustand aus, da zurzeit chronische Kopfschmerzen und ein panvertebrales Schmerzsyndrom im Vordergrund stünden. Im letzten Jahr hätten die Klagen über Kopfschmerzen und Rückenschmerzen zugenommen.

**3.1.3** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 18. Januar 2014 (AB 37/2) was folgt:

Status nach Verkehrsunfall mit Verletzung des linken Beines, Re-OP vor ca. zehn Jahren

Status nach Sturz vom Pferd vor ca. 1½ Jahren

Chronische Kopfschmerzen über Jahre (Druck im Kopf)

Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom

- mit muskulärer Dysbalance vor allem am lumbosacralen Übergang
- rezidivierende verschiedene hypomobile Dysfunktionen der BWS und des SIG
  - mit muskulärer Dysbalance vor allem am lumbosacralen Übergang
  - mit fehlender Kraft und koordinativer Fähigkeit für die Stabilisierung der WS und des Beckengürtels
- MR LWS 04/13: unauffällig (vgl. AB 49/13)
- Status nach Beinahe-Sturz vom Pferd vom 16. Januar 2013

**3.1.4** Mit Bericht vom 31. März 2014 (AB 39/2) diagnostizierten die Ärzte des Spitals H. \_\_\_\_\_ unter Verweis auf einen Bericht vom 23. November 2013 (AB 39/3 f.) ein mittlerweile schön verheiltes grosses instabiles Narbenfeld am linken Unterschenkel lateral mit/bei Status nach Verletzung vor 30 Jahren und Versorgung mittels SHT, Status nach Expandereinlage am 5. Februar 2003 und Status nach Expanderexplantation und Narbenkorrektur am 18. März 2003. Deswegen sei die Beschwerdeführerin sicherlich nicht arbeitsunfähig.

**3.1.5** Die Hausärztin Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, weist im Bericht vom 4. August 2014 (AB 49/1 ff.) auf ausgeprägte Blockierungen und Myalgien in der HWS, BWS und LWS vor allem linksseitig nach Beinahe-Sturz vom Pferd am 26. Januar 2013 hin. Daneben lägen eine Erschöpfungsdepression, eine zunehmend depressive Entwicklung und ein ADHS unter Ritalin vor. Als ca. 15-Jährige habe die Beschwerdeführerin einen Verkehrsunfall erlitten. Bereits während der Lehre als ... habe sie immer wieder Erschöpfungszustände, Konzentrationsstörungen usw. gehabt. Ca. 2010 sei die Diagnose eines ADHS gestellt und behandelt worden, trotzdem sei aber keine Besserung der psychischen Situation mit Denkblockaden, Leere im Kopf und Erschöpfungszuständen eingetreten. Das habe sich dahingehend auf den Beruf ausgewirkt, dass sie immer wieder gestresst gewesen sei, den Anforderungen nicht genüge und immer wieder Stellenwechsel aufgewiesen habe. Schlussendlich sei sie auch ihren eigenen Angelegenheiten nicht mehr nachgekommen. Seit dem Beinahe-Sturz vom Pferd im Januar 2013 habe sie ständige linksseitige Rückenschmerzen mit Myelogelosen; Therapieversuche hätten alle fehlgeschlagen.

**3.1.6** Gemäss Austrittsbericht vom 5. November 2014 befand sich die Beschwerdeführerin vom 29. September bis 25. Oktober 2014 in einem stationären Aufenthalt in den Kliniken J. \_\_\_\_\_. Dabei wurde was folgt diagnostiziert (AB 66/5):

1. Chronisches Panvertebralsyndrom zervikal betont (ICD-10 M54.80)  
mit/bei
  - rezidivierenden Blockierungen der BWS und des SIG
  - muskulärer Dysbalance
  - Hyperlaxizität
  - Wirbelsäulenfehlform und Fehlhaltung

- residueller Fehlstatik bei Schonentlastung linkes Bein infolge eines schweren Verkehrsunfalles ca. 1982
- 2. Chronisches zervikozephalisches und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei
  - Status nach mehrfachen Unfällen mit Verdacht auf HWS-Distorsion mind. bei Status nach Sturz vom Pferd vor eineinhalb Jahren
  - degenerativen Wirbelsäulenveränderungen mit ausgeprägter Osteochondrose und Spondylose C4/5 und C5/6
  - muskulären Dysbalancen und Myogelosen
- 3. Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0)
- 4. Begleitkomorbidität mit erwachsenem ADHS-Syndrom
- 5. Vitamin D-Mangel

**3.1.7** Der RAD-Arzt Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, ging im Bericht vom 1. Dezember 2014 (AB 71) davon aus, die von der Beschwerdeführerin geschilderten kognitiven Einschränkungen hätten in keiner Weise nachgewiesen werden können (vgl. Verweis in E. 3.1.2 hiervor auf AB 19.5/8 ff. bzw. AB 49/16 ff.), weshalb es sich nicht um eine neurokognitive Störung im Sinne einer hirnanorganischen Ursache, sondern wahrscheinlich um eine Kombination der diversen Belastungsfaktoren und der psychiatrischen Grunderkrankung handle. Eine weiterführende psychiatrische Abklärung bei fraglichen Ich-Störungen bzw. dissoziativen Absenzen werde empfohlen; die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sollte aus psychosomatischer Gesamtsicht erfolgen. Bei vorliegend widersprechenden psychiatrischen und neuropsychologischen Beurteilungen sowie auch der ausgeprägten muskuloskelettalen Beschwerden ohne bisher Nachweis von relevanten klinischen und radiologischen Befunden sei ein polydisziplinäres Gutachten mit den Fachrichtungen Psychiatrie, Rheumatologie und Neurologie indiziert.

**3.1.8** Im Gutachten des L. \_\_\_\_\_ (Abklärungsstelle MEDAS) vom 8. Juni 2015 (AB 82.1) wurde was folgt diagnostiziert (S. 25 f. Ziff. 5):

- Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit
1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)
  2. Chronifiziertes panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.8)
    - Röntgen der HWS 10/2014 mit Segmentdegenerationen C5/6 und geringer C4/5
    - MRI der LWS 4/2013 ohne Nachweis einer Pathologie
    - geringe Tendenz zu Hyperlaxität
    - anamnestisch und aktenmässig anzunehmende rezidivierende Dysfunktionen im Bereich BWS, LWS und SIG
    - Status nach wiederholten Unfallereignissen mit Distorsionen und Kontusionen der Wirbelsäule

- anamnestisch chronische Schonentlastung des linken Beines bei Status nach Unfall mit Weichteilverletzung linker Unterschenkel vor ca. 30 Jahren und Narbenkorrektur 2003

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0)
2. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54)
3. Sensible Peroneus-Läsion links (ICD-10 G57.3)

- Status nach schwerer Unterschenkelverletzung vor über 30 Jahren mit zahlreichen operativen Eingriffen, zuletzt 2003

Gemäss psychiatrischem Teilgutachten (S. 8 ff.) würden für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung deutlich schwere psychosoziale oder emotionale Belastungsfaktoren (wie zerrüttete Familienverhältnisse in der Kindheit oder Gewalterfahrung) fehlen, die als hauptsächliche ursächliche Einflüsse der Schmerzen gelten könnten. Auch der Berufslehreabschluss spreche gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, wenn auch akzentuierte dramatisierende Persönlichkeitszüge bestünden. Die Beschwerdeführerin sei nun überzeugt, nicht mehr arbeiten zu können, nachdem sie andauernd arbeitsunfähig geschrieben worden sei, und begründe dies mit ihren Schmerzen, die sie auf verschiedene Unfallereignisse zurückführe, aber auch mit Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen, die sie auch auf eine Fehlbelastung infolge eines unfallbedingten Rückenschadens, aber auch auf ein ADHS zurückführe. Es bestehe ein chronischer Verlauf. Es bestehe auch ein sozialer Rückzug, der trotz allem nicht schwer und in allen Bereichen des Lebens ausgeprägt sei. Die übrigen Försterkriterien seien nicht erfüllt. Aus psychiatrischer Sicht – bedingt durch die depressive Störung – bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Das ADHS könne medikamentös behandelt werden; zudem habe diese Störung im Untersuchungsgespräch nicht deutlich stark mit Überschwänglichkeit, Abgelenktheit, Umherblicken, unkonzentriertem Reden und raschem Gelangweitsein oder deutlicher psychomotorischer Unruhe imponiert. Auch in der Klinik F.\_\_\_\_\_ habe sich 2011 ein unauffälliger Mentalstatus ergeben. Auf die Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ (vgl. E. 3.1.2 hiervor) könne nicht abgestellt werden. Die Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung könne hier nicht als mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angegeben werden. Lediglich eine rezidivierende depressive Störung ohne genaue Angabe des Schweregrades der jeweiligen depressiven Episode könne keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Zudem sei ein rezidivierender Verlauf der depressiven Störung mit deutlichen Phasen

von Verschlechterung, Besserung und symptomfreien Intervallen hier nicht erwiesen (S. 12 f.).

Aus rein allgemeininternistischer Sicht finde sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus Sicht des Bewegungsapparates, rheumatologisch und neurologisch evaluiert, bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der gutachterlichen Beurteilung und der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, welche sich für gar nicht mehr arbeitsfähig halte. Ursächlich für diese Diskrepanz seien wahrscheinlich sowohl die psychiatrische Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung, welche naturgemäss mit einer Selbstlimitierung einhergehe, als auch IV-fremde Faktoren, wie der schwierige Arbeitsmarkt, die jahrelange Arbeitsabstinenz und ein wahrscheinlich vorhandener sekundärer Krankheitsgewinn. So könne keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in anderen körperlich leicht belastenden Tätigkeiten festgestellt werden. Aufgrund des chronifizierten panvertebralen und zephalen Schmerzsyndroms seien körperlich schwere Tätigkeiten mit starker Rückenbelastung nicht mehr und körperlich mittelschwere Tätigkeiten mit mittelstarker Rückenbelastung nur noch mit einer erheblichen Einschränkung zumutbar (S. 26 f.).

**3.1.9** Mit Schreiben vom 18. November 2015 nahm der behandelnde Psychiater zum Gutachten dahingehend Stellung (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 6), dass er die Beschwerdeführerin seit 19. April 2010 und nicht wie im Gutachten erwähnt seit zehn Jahren behandle. Seines Erachtens könne zur Beurteilung der aktuellen Konzentrationsfähigkeit nicht auf die Abklärungsergebnisse der Klinik F. \_\_\_\_\_ von Herbst 2011 abgestützt werden. Der psychische Zustand habe sich seither deutlich verschlechtert. Die Depression und die Schmerzsymptomatik könnten die vorbestehende ADHS-Symptomatik verschlimmern. Es wäre daher sinnvoll, eine aktuelle Testung der Konzentrationsfähigkeit zu verlangen. Sodann sei es problematisch, von einer Konzentrationsleistung über ca. eine Stunde auf die Arbeitsfähigkeit während eines ganzen Arbeitstages zu schliessen, zumal die Beschwerdeführerin selber feststelle, dass ihre Fähigkeit, eine kognitive Arbeit auszuführen, nach einer Stunde stark nachlasse.

**3.1.10** Auf entsprechende Fragen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin hin führte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 19. Dezember 2015 (BB 7) aus, schon Alltagsbelastungen wie kochen, reinigen und Einkäufe für einen Ein-Personen-Haushalt führten immer wieder zu Exacerbationen. Die körperliche Leistungsfähigkeit habe mit intensiver Physiotherapie/medizinischer Trainingstherapie bisher etwas verbessert werden können. Erst wenn die Kraft/Ausdauer für die Haltung des Körpers entsprechend aufgebaut sein werde, komme eine Teil-Arbeitsfähigkeit ohne längeres Sitzen, ohne langes Stehen und ohne Heben und Tragen von Gewichten in Frage.

## **3.2**

**3.2.1** 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).

**3.2.2** 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).

**3.2.3** Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Unter-

suchungen 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).

**3.2.4** Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der vorliegend angefochtenen Verfügung (AB 88) in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das Gutachten des L. \_\_\_\_\_ vom 8. Juni 2015 (AB 82.1; vgl. E. 3.1.8 hiervor) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2.2 f. hiervor), womit ihm voller Beweiswert zuzuerkennen ist und darauf abgestellt werden kann.

**3.3.1** Die Beschwerdeführerin lässt vorab formelle Einwände gegen die Begutachtung durch das L. \_\_\_\_\_ vorbringen. Insbesondere wird geltend gemacht, das L. \_\_\_\_\_ setze sich zur Generierung von polydisziplinären Gutachten über die Anforderungen des Losverfahrens hinweg und spiegle Verfügbarkeit vor, um am Losverfahren überhaupt teilnehmen zu können. Aufgrund dessen könne auf die entsprechenden medizinischen Erhebungen und Einschätzungen nicht abgestellt werden (Beschwerde, S. 4 f. Ziff. 4).

Von der Verwaltung angeordnete medizinische Gutachten, an denen drei und mehr Fachdisziplinen beteiligt sind, haben bei einer Gutachterstelle zu erfolgen, mit welcher das Bundesamt eine Vereinbarung getroffen hat. Gemeint sind die Medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) im Sinne von Art. 59 Abs. 3 IVG. Die Vergabe der Aufträge erfolgt nach dem Zufallsprinzip gemäss dem Zuweisungssystem "SuisseMED@P" (Art. 72<sup>bis</sup> Abs. 1 und 2 IVV; BGE 139 V 349 E. 2.2 S. 351). Seit dem 1. Januar 2014 gilt für die Gutachterstellen zudem eine Frist von 130 Tagen für die Gutachtenserstellung (vgl. dazu die Ausführungen des Bundesrates vom 28. November 2014 in der Geschäftsdatenbank Curia Vista, Geschäfts-Nr. 14.1065, abrufbar unter [http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch\\_id=20141065](http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20141065)).

Unter Berücksichtigung dessen, dass der Gutachtensauftrag am 2. März 2015 dem L. \_\_\_\_\_ zugeteilt wurde (AB 76) und das Gutachten am 15. Juni 2015 versandt wurde (AB 82.1/1), wurde dieses innerhalb von 130 Tagen erstellt. Allein dies ist vorliegend entscheidend. Die allgemeinen, theoretischen Überlegungen in der Beschwerde vermögen daran nichts zu ändern. Im Übrigen hat das Bundesgericht Ende 2010 alle über einen Vertrag mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) verfügenden MEDAS – darunter das L. \_\_\_\_\_ – ersucht, über statistische Daten sowie über Massnahmen der Qualitätssicherung Auskunft zu erteilen (BGE 137 V 210 E. C.d S. 217). Die Auswertung dieser Erhebung hat dem Bundesgericht offenbar keinen Anlass geboten, die Qualität der Gutachten einzelner MEDAS bzw. insbesondere des L. \_\_\_\_\_ in Frage zu stellen.

**3.3.2** In Bezug auf die mehrfach gestellte Diagnose eines ADHS (vgl. E. 3.1.2 und 3.1.5 f.) bestätigten die Gutachter zwar eine Aktivitäts- und

Aufmerksamkeitsstörung, sprachen dieser aber einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ab. Dies begründeten sie damit, dass das ADHS medikamentös behandelt werden könne (vgl. Gutachten [AB 82.1], S. 13 Ziff. 4.1.8). In Übereinstimmung dazu führte der behandelnde Psychiater schon im Bericht vom 9. Dezember 2013 (AB 24; vgl. E. 3.1.2 hiervor) aus, die Beschwerdeführerin habe eine deutliche Besserung der Störung unter Medikation mit Ritalin erlebt, wobei es nicht gelungen sei, eine konstante Wirkung über einen Arbeitstag zu erzielen; unter Medikation mit Ritalin hätte denn auch in der Klinik F.\_\_\_\_\_ testpsychologisch bloss eine leichte Störung der geteilten Aufmerksamkeit festgestellt werden können. Daneben wies der behandelnde Psychiater ausdrücklich auch auf das Vorliegen psychosozialer Faktoren hin (so explizit in AB 19.5/7). Trotz entsprechender ADHS-Medikation weiterhin geäusserte Beschwerden sind damit auch in diesem (psychosozialen) Zusammenhang zu sehen, insoweit aber invalidenversicherungsrechtlich unbeachtlich (vgl. E. 2.2 hiervor).

Das ADHS hat den Gutachtern zufolge im Untersuchungsgespräch nicht deutlich stark mit Überschwänglichkeit, Abgelenktheit, Umherblicken, unkonzentriertem Reden und raschem Gelangweiltsein oder deutlicher psychomotorischer Unruhe imponiert (vgl. Gutachten, S. 13 Mitte). Auch wenn dieses Gespräch nach Ansicht der Beschwerdeführerin bloss eine Stunde gedauert hat (vgl. Gutachten, S. 11 Mitte), scheint der für eine psychiatrische Untersuchung betriebene zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie doch angemessen gewesen zu sein (vgl. Entscheid des BGer vom 29. März 2010, 8C\_942/2009, E. 5.2), zumal der psychiatrische Gutachter von sich aus anmerkte, das Gespräch habe sich in die Länge gezogen (vgl. Gutachten, S. 11 Mitte). Diesem psychiatrischen Gespräch ging am selben Nachmittag die neurologische Untersuchung voraus (vgl. AB 79/2), in deren Rahmen auch eine eingehende Anamnese erhoben worden ist (vgl. Gutachten, S. 22 f. Ziff. 4.3.1.2); dazwischen hat die Beschwerdeführerin in der Stadt kurz einen Kaffee getrunken, weshalb sie fast zu spät zur psychiatrischen Untersuchung erschienen wäre (vgl. Gutachten, S. 11 Ziff. 4.1.2). Trotz dieses gedrängten Programms zeigte sie im Rahmen des psychiatrischen Untersuchungsgesprächs keine entsprechenden Konzentrationsstörungen, obschon sie gemäss Ausführungen ihres behandelnden Psychiaters nach spätestens

ein bis zwei Stunden nicht mehr leistungsfähig sei (vgl. AB 24/7 Ziff. 1.7 und BB 6). Aufgrund dieser vom behandelnden Psychiater seit Behandlungsbeginn bis heute nahezu identisch geltend gemachten Leistungseinschränkungen (vgl. ebenda) ist nicht nachvollziehbar, inwieweit eine deutliche Verschlechterung eingetreten sein sollte. Insofern sind von weiteren Abklärungen, insbesondere von einer (weiteren) objektiven Testung in Bezug auf das ADHS und einer neuropsychologischen Abklärung, keine rechtserheblichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

**3.3.3** Gleiches gilt in Bezug auf die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Abklärungen hinsichtlich einer allfälligen Persönlichkeitsstörung (Beschwerde, S. 8 oben). Abgesehen davon, dass eine solche bisher nie diagnostiziert worden ist, vermag der psychiatrische Gutachter unter Berufung auf das Fehlen lebensgeschichtlich schwerer Belastungen mit einer deutlichen Relevanz sowie den Berufslehraabschluss (vgl. Gutachten, S. 12 Mitte) nachvollziehbar darzutun, dass eine Persönlichkeitsstörung entsprechend der Definition nach ICD-10 nicht vorliegt.

**3.3.4** Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde, S. 10 Ziff. 7, diagnostizierte der psychiatrische Gutachter nicht eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), sondern eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54; vgl. Gutachten, S. 11 Ziff. 4.1.3). Für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung würden deutlich schwere psychosoziale oder emotionale Belastungsfaktoren fehlen (vgl. Gutachten, S. 12 oben; vgl. bereits E. 3.3.3 hier vor). In Ermangelung der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens gemäss BGE 140 V 8 fehlt es vorliegend an der Voraussetzung, um überhaupt eine Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 vorzunehmen.

**3.3.5** Soweit die Beschwerdeführerin alsdann noch eine orthopädische Untersuchung verlangt (Beschwerde, S. 8 ff. Ziff. 6), ist auf Folgendes hinzuweisen: Im Rahmen einer stattgehabten orthopädischen Sprechstunde vom 29. April 2013 (Bericht vom 3. Mai 2013; AB 49/10 f.) zeigten sich von Seiten der Bildgebung an der unteren BWS und der gesamten LWS keine

pathologischen Befunde und auch die klinische Untersuchung war bis auf die muskuläre Druckdolenzen nicht sehr ergiebig, weshalb die Indikation für eine orthopädische Behandlung ausgeschlossen wurde. Entsprechend zeigten die involvierten Ärzte – insbesondere auch der RAD-Arzt und die Gutachter – keine Veranlassung zu zusätzlichen orthopädischen Untersuchungen.

**3.3.6** Nach dem Dargelegten vermögen weder die Kritik des behandelnden Psychiaters (BB 6) noch des Dr. med. G. \_\_\_\_\_ (BB 7) das umfangreiche Gutachten des L. \_\_\_\_\_ in Zweifel zu ziehen (vgl. E. 3.2.4 hier-  
vor).

**3.4** Entsprechend kommen die Gutachter zum nachvollziehbaren Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin in polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsfähigkeit bzw. Leistungsfähigkeit von 80 % – die Einschränkung in der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit ist durch die depressive Störung bedingt – in der angestammten und jeder anderen körperlich leichten Tätigkeit vorliege (vgl. Gutachten, S. 12 Ziff. 4.1.5 und S. 27 Ziff. 6.2). Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad mittels Einkommensvergleich (vgl. E. 2.3 hier-  
vor) zu ermitteln.

#### **4.**

##### **4.1**

**4.1.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (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 EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**4.2** 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 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 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).

**4.3** Letzte und einzige mittels Arbeitgeberfragebogen (AB 33) dokumentierte Tätigkeit der Beschwerdeführerin ist ein Vollzeitpensum als technische Assistentin vom 3. Januar 2011 bis zur Kündigung wegen – offenbar ungenügender – "Arbeitsleistung (bereits vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit)" per 31. Oktober 2011 (AB 33/1 Ziff. 2.2). Da diese Tätigkeit bereits längere Zeit zurückliegt und ohnehin nur von relativ kurzer Dauer war, rechtfertigt es sich, vorliegend das Invalideneinkommen aufgrund statisti-

scher Zahlen der LSE zu bestimmen. Es ist dabei auf Tabelle TA1 der LSE 2012, Niveau 2 (Praktische Tätigkeiten wie Verkauf/Pflege/Datenverarbeitung und Administration/Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/Sicherheitsdienst/Fahrdienst), Frauen, Zeilen 69 - 71 (freiberufliche und technische Dienstleistungen), abzustellen. Damit sind Validen- und Invalideneinkommen aufgrund der gleichen Daten zu bestimmen. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung; diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Entscheid des EVG vom 15. April 2003, I 1/03, E. 5.2). Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht auf einen Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.2 zweiter Abschnitt hiervor) verzichtet, denn hier beruhen beide Vergleichseinkommen auf statistischen Grössen, weshalb invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5), während der behinderungsbedingten Einschränkung mit der reduzierten Arbeitsleistung von 80 % (vgl. E. 3.4 hiervor) genügend Rechnung getragen ist. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % resultiert in der Folge ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad in derselben Höhe (vgl. E. 2.3 hiervor).

**4.4** Folglich ist die angefochtene Verfügung (AB 125) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die hiergegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist (vgl. E. 1.2 hiervor)

## **5.**

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.-- zu tragen.

Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin 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

Die Kammerpräsidentin:

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.