

200 16 809 IV
SCI/JAP/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. Dezember 2016

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. Juli 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1987 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 23. Juli 2007 unter Hinweis auf unfallbedingte Schulterbeschwerden bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II] 1). Diese edierte die Unfallversicherungsakten (act. II 23, 45, 50.2-50-8) und traf erwerbliche sowie medizinische Abklärungen. Nach gescheiterten Eingliederungsbemühungen (act. II 84, 87, 93; Akten der IVB [act. IIA] 125) stellte sie gestützt auf ein bidisziplinäres Gutachten (act. IIA 133.1, 134.1, 135) mit Vorbescheid vom 28. Juli 2014 (act. IIA 137) die Abweisung des Leistungsgesuchs hinsichtlich einer Invalidenrente in Aussicht. Diesen Vorbescheid ersetzte sie nach erhobenem Einwand (act. IIA 141) und ergänzenden Abklärungen (act. IIA 144 f., 147, 149, 158 f., 161, 165, 167, 170 f.) mit einem im Ergebnis unveränderten Vorbescheid vom 6. Mai 2016 (act. IIA 172). Hiermit zeigte sich die Versicherte wiederum nicht einverstanden (act. IIA 176), worauf die IVB erneut eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) einholte (act. IIA 179) und mit Verfügung vom 8. Juli 2016 (act. IIA 180) bei einem Invaliditätsgrad von 13 % einen Rentenanspruch verneinte.

B.

Mit Eingabe vom 9. September 2016 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und ihr sei ab 1. Oktober 2012 eine halbe Invalidenrente auszurichten.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 3. Oktober 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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 8. Juli 2016 (act. IIA 180), mit welcher ein Rentenanspruch verneint wurde. Das mit der ursprünglichen Anmeldung vom 23. Juli 2007 (act. II 2) eingeleitete Verwaltungsverfahren fand mit dieser Verfügung seinen vorläufigen förmlichen Abschluss. Wenngleich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf ein Gesuch vom 17. August 2012 verweist und die Beschwerdeführerin wiederholt mit neuen bzw. ergänzten Leistungsgesuchen an die Verwaltung gelangte (act. II 30, 89, 103), liegt nicht eine Neuanschuldung im Sinne von Art. 87 Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) vor und ist der Anspruch auf eine Invalidenrente – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 7 f. Ziff. IV Ziff. 4; vgl. auch E. 1.4 hiernach) – ab der Erstanschuldung im Jahr 2007 streitig und zu prüfen.

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).

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).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen «Validität» der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird – gemäss erwähntem Entscheid – durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) und «Konsistenz» einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.3 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 Viertelrente.

2.4 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).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht basiert die angefochtene Verfügung vom 8. Juli 2016 (act. IIA 180) auf den bidisziplinären Gutachten vom 11. (act. IIA 133.1) bzw. 21. Juni 2014 (act. IIA 134.1) sowie den im Nachgang dazu erstellten RAD-Stellungnahmen vom 13. bzw. 26. April 2016 (act. IIA 170 f.) und 30. Juni 2016 (act. IIA 179).

3.1.1 In den besagten Expertisen stellten die Dres. med. C._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH sowie Facharzt für Rheumatologie FMH, und D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die folgenden Diagnosen (act. IIA 133.1/40 f. Ziff. 5.1 f., 134.1/16 Ziff. 6):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Status nach Kontusion der rechten Schulter am 15. Juli 2005
 - Status nach diagnostischer Arthroskopie, arthroskopischer Refixation und dosiertem Shift, sowie medialem Intervallverschluss der Schulter rechts am 8. August 2006
 - Persistierende schmerzhaftes, belastungsabhängige Bewegungseinschränkung der rechten Schulter, vereinbar mit Impingementsyndrom (ICD-10: M75.4)
 - Thoracic-outlet-Syndrom beidseits, oligosymptomatisch, diagnostiziert am 25. Mai 2009 (ICD-10: G54.0)
- Generalisierte konstitutionelle Hypermobilität, Beighton-Score 5/9 (ICD-10: M35.7) mit tendomyotischen Beschwerden bzw. sekundärer Fibromyalgie (ICD-10: M79.0)
- Lumbovertebralsyndrom (ICD-10: M54.5) bei idiopathischer linkskonvexer Lumbalskoliose und Spondylolyse auf Stufe L5 seit der Kindheit und bei:
- Anamnestisch Insuffizienz der Beckenbodenmuskulatur

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Status nach depressiver Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung in den Jahren 2009 und 2012 (ICD-10: F43.21)
- Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0)
- Akzentuierte (abhängige/ängstliche) Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1)
- Unspezifisches, chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom, vereinbar mit einer Fibromyalgie (ICD-10: M79.7) nur teilweise erklärbar im Rahmen der generalisierten Hypermobilität
- Status nach Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule (HWS) im Dezember 2002 bei Verkehrsunfall
- Status nach HWS-Distorsion im Jahr 2004
- Status nach radiokarpaler Synovektomie und Ganglionresektion links am 3. März 2005 und rechts im Jahr 2009 oder 2010 (anamnestisch)
- Neurologische Diagnosen (seitens des Spitals I. _____ am 19. Juli 2013 gestellt):
 - Fluktuierende multifokale, sensible Ausfallsymptomatik
 - Klinisch aktuell: Hypästhesie Arm links
 - Ätiologisch: Aktuell keine neurologisch-organische Ursache objektivierbar
 - Kernspintomographisch fleckige, teils konfluierende Marklagerläsionen
 - Periventrikulär, im tiefen Marklager und in der dorsalen Capsula interna rechts mehr als links
 - Im Verlauf stationär (gemäss Akten erstes MRI im September 2012)
 - Ätiologie: unklar, Differentialdiagnose im Rahmen perinataler Veränderungen
- Amblyopie bei Anisometropie
- Status nach Nasenoperation vor einem Monat
- Herzrhythmusstörungen mit Extrasystolie und rezidivierende klassische supraventrikuläre Tachykardie
- Status nach Tonsillektomie und endoskopisch kontrollierte Adenoidektomie, Muschelakustik im Bereich der unteren Muscheln beidseits bei rezidivierenden Tonsillitiden, Adenoid und Muschelhyperplasie sowie Septumdeviation rechts diagnostiziert am 19. Juni 2007
- Chronische Refluxoesophagitis bei Hiatushernie
- Status nach Appendektomie
- Rezidivierende Infekte
- Allergisches Asthma bronchiale sowie Pollenallergie seit 2000, anschliessend dreijährige orale Hyposensibilisierung mit Novo-Helisen
- Nikotinkonsum
- Vitamin B12-Mangel
- Status nach Vitamin D-Mangel

Aus bidisziplinärer Sicht attestierten die Gutachter unter Berücksichtigung des rheumatologischen Zumutbarkeitsprofils (leichte bzw. nur selten leicht- bis mittelschwere Arbeiten, welche nicht monoton repetitiv sind und keine

Wirbelsäulenbelastung mit Haltungskonstanz, Arbeiten über Schulterhöhe oder eine Zwangshaltung beinhalten [act. IIA 133.1/55 Ziff. 7.3]) aktuell eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. IIA 135). Sie erklärten, aus rheumatologischer Sicht habe auch in der Vergangenheit nie eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden (act. IIA 133.1/55 Ziff. 7.6), während aus rein psychiatrischer Optik für die Zeit von Juli 2009 bis Mitte 2010 bzw. von Mitte Mai bis April 2012 (richtig: März bis April 2012 [vgl. act. IIA 134.1/20 Ziff. 6.3]) aufgrund einer leichtgradigen depressiven Reaktion im Sinne einer Anpassungsstörung eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe (act. IIA 134.1/20 Ziff. 6.3, 135).

3.1.2 In der RAD-Stellungnahme vom 13. April 2016 (act. IIA 170) schloss Dr. med. E._____, Fachärztin für Neurologie FMH, unter Berücksichtigung der im Nachgang zur Begutachtung zusätzlich eingeholten Berichte der behandelnden Ärzte (act. IIA 145, 147, 159, 165) auch aus ihrem Fachgebiet einen relevanten Gesundheitsschaden aus. Sie hielt fest, dass aufgrund der umfangreichen negativen Abklärungen und der nicht objektivierbaren Symptomatik mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine neurologische Diagnose gestellt werden könne, da keine organische Grundlage für die schwer nachvollziehbare Symptomatik bestehe.

Unter Verweis auf die neurologische Beurteilung von Dr. med. E._____ führte der RAD-Arzt Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, am 26. April 2016 aus, im Rahmen des im Gutachten formulierten rheumatologischen Zumutbarkeitsprofils bestehe keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. IIA 171). Dies bestätigte auch Dr. med. G._____, Fachärztin für Neurologie sowie Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, im Rahmen einer weiteren RAD-Stellungnahme vom 30. Juni 2016 (act. IIA 179). Sie stellte fest, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden im neurologischen, psychiatrischen, allgemeininternistischen und orthopädischen Fachgebiet objektiv ausgewiesen sei und in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe.

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 Kennt-

nis 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).

3.3 Die rheumatologischen und psychiatrischen Administrativgutachten vom 11. (act. IIA 133.1) bzw. 21. Juni 2014 (act. IIA 134.1) samt den bidisziplinären Schlussfolgerungen (act. IIA 135) erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und erbringen vollen Beweis.

3.3.1 Die beiden Gutachter berücksichtigten den gesamten Beschwerdevverlauf, der nach Auffassung der Explorandin seinen Ursprung in einem Auffahrunfall vom Dezember 2002 (act. II 2/4 Ziff. 5.9, 33/4, 102/3; act. IIA 117/19, 133.1/30 f. Ziff. 3.3) bzw. hauptsächlich in einem im Juli 2005 stattgehabten Vorfall haben soll (act. II 2/4 Ziff. 5.3, 89/5 Ziff. 6.3), wobei sie eine heftige Schulterkontusion rechts durch eine unkontrollierte Ellbogenbewegung ihres damaligen Freundes anlässlich eines besuchten Fussballspiels (act. II 6/10, 8/1, 23/2 Ziff. 6, 45/5 Ziff. 2, 50.3/3, 50.8/17, 50.8/20 Ziff. 2, 133.1/31, 134.1/10 Ziff. 3.2) bzw. (wiederholte) Gewaltanwendungen durch den Ex-Partner geschildert hatte (act. II 37/13, 37/15, 45/8 Ziff. 3). Die Dres. med. C. _____ und D. _____ setzten sich kritisch mit den Vorakten auseinander und gelangten sowohl hinsichtlich der diagnostischen Zuordnung der Beschwerden als auch deren Folgen für die funktionelle Leistungsfähigkeit zu überzeugenden Schlüssen.

3.3.2 Dr. med. D. _____ zeigte im psychiatrischen Teilgutachten nachvollziehbar auf, dass die im Januar 2012 (act. II 76/2 Ziff. 1.1) gestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei ängstlicher und abhängiger Persönlichkeit (ICD-10: F45.4) fraglich ist (act. IIA 134.1/21 Ziff. 6.3). Insbesondere die somatisch nicht hinreichend erklärbaren wechselnden Symptome sowie die Überzeugung an einer körperlichen Erkrankung zu leiden, deuten eher auf eine Somatisierungsstörung (ICD-10:

F45.0) hin (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 225). Dass höchstens vorübergehende Perioden leichtgradiger depressiver Reaktionen im Sinne einer Anpassungsstörung aufgetreten sind (act. IIA 134.1/21 Ziff. 6.3), korreliert mit den anamnestic erhobenen kurzzeitigen Belastungsphasen (Verlust der Arbeitsstelle per Juli 2009 [act. II 41/1 Ziff. 1; act. IIA 134.1/13 Ziff. 3.2.6, 134.1/18 Ziff. 6.2], Belastbarkeitstraining ab März 2012 in der Stiftung H._____ [act. II 87; act. IIA 134.1/17 Ziff. 6.1]) und der ansonsten weitgehend normalen Stimmungslage bzw. erhaltenen psychosozialen Funktionsfähigkeit (act. IIA 134.1/18 f. Ziff. 6.2). Immerhin gingen auch die behandelnden Therapeuten im Januar 2012 (act. II 76; ICD-10: F33.0) bzw. im August 2009 (act. II 37/12-15) von höchstens leichtgradigen depressiven Symptomen aus (wobei im Bericht des Spitals I._____ wohl versehentlich die dem Wortlaut widersprechende ICD-10-Codierung F32.1 statt F32.0 figuriert [act. II 37/12 Ziff. 2]). Dass der psychiatrische Gutachter die Somatisierungsstörung den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuordnete (act. IIA 134.1/15 Ziff. 6 lit. b Ziff. 2) leuchtet ein, zumal die Exploration grundsätzlich normale Befunde ergab und bedeutende Ressourcen offenbarte (act. IIA 134.1/15 Ziff. 4, 134.1/19 f. Ziff. 6.2 f.).

3.3.3 Auch die Beurteilung von Dr. med. C._____ (act. IIA 133.1) ist schlüssig; seine Einschätzungen stimmen prinzipiell mit jenen der behandelnden Rheumatologen überein. So ging Prof. Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Facharzt für Rheumatologie FMH sowie Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, diagnostisch ebenfalls von einer generalisierten konstitutionellen Hypermotilität mit sekundärer Fibromyalgie aus (act. IIA 114/2 Ziff. 1.1, 114/23 Ziff. 1). Desgleichen attestierte er medizinisch-theoretisch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, wobei er – anders als der Gutachter (act. IIA 133.1/52 f. Ziff. 6) – ohne differenzierte Begründung lediglich rein sitzende Tätigkeiten als leidensadaptiert qualifizierte (act. IIA 114/6). Dr. med. C._____ legte im Weiteren überzeugend dar (act. IIA 133.1/53 f. Ziff. 6), dass das von Dr. med. K._____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, angenommene Belastbarkeitslimit (act. II 102/5) mit den gutachterlichen Anforderungen vereinbar ist und das von der Hausärztin Dr. med. L._____, Fachärztin für Allgemei-

ne Innere Medizin FMH, postulierte Hebe-/Tragelimit (act. IIA 117/6) eine fundierte medizinische Begründung vermissen lässt (act. IIA 117/2 Ziff. 1.1). Dr. med. C. _____ zog zwar eine Fibromyalgie in Betracht (act. IIA 133.1/40 Ziff. 5.1, 133.1/54 Ziff. 7.1) – die zahlreiche gemeinsame Aspekte mit der von Dr. med. D. _____ diskutierten (act. IIA 134.1/19 Ziff. 6.2) anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aufweist (BGE 132 V 65) –, legte die Arbeitsfähigkeit aber nachvollziehbar bereits aus medizinischer Sicht auf 100 % fest (act. IIA 133.1/52 Ziff. 6, 133.1/56 Ziff. 7.13). Der Umstand, dass der rheumatologische Gutachter einen Vorbehalt bezüglich allfälliger Erklärungen der Symptome aus anderen Fachgebieten anbrachte (act. IIA 133.1/50 Ziff. 6), ist nicht geeignet, Zweifel an seinen Schlussfolgerungen zu begründen; vielmehr belegt dies, dass er sich richtigerweise auf seine Kompetenz in der eigenen Fachdisziplin beschränkte. Eine invalidisierende rheumatologische Erkrankung liegt nicht vor. Die Beschwerdeführerin anerkennt denn auch, dass sie weder an einer psychiatrischen noch rheumatologischen Erkrankung leidet und zieht den Beweiswert der verwaltungsunabhängigen Expertisen nicht in Zweifel (Beschwerde S. 5 f.).

3.4

3.4.1 Auch in den nach der Begutachtung auf weiteren Fachgebieten erfolgten Abklärungen (act. IIA 145, 147, 159, 165) konnte nach einhelliger und überzeugender Auffassung der involvierten RAD-Ärzte (act. IIA 170 f., 179) kein relevanter Gesundheitsschaden erhoben werden. Dass die Dres. med. E. _____, F. _____ und G. _____ keine klinische Exploration durchführten (Beschwerde S. 5 Ziff. IV Ziff. 1), schmälert den Beweiswert ihrer Stellungnahmen nicht, konnten sie sich aufgrund der vorhandenen Akten doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Mit Blick auf die medizinische Aktenlage ist vorab augenfällig, dass die geklagte Symptomatik bis ins Jahr 2012 auf den Bereich der rechten oberen Extremität fokussierte (act. II 2/3 Ziff. 5.2, 6/2-10, 15/7 Ziff. 9, 19/3, 33/3 f., 37/12-15, 45/8 Ziff. 3, 45/13 Ziff. 12, 54/6, 55/1-3, 61/1-4, 70/2, 89/5 Ziff. 6.2) und zusätzlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert wurde (act. II 76/2 Ziff. 1.1). Erst in der undatierten und am 17. August 2012 eingelangten «Ergänzung eines Gesuchsanspruchs für IV-Leistungen» (act. II 103) wies die

Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin auf Schmerzen an den unteren Extremitäten hin und machte damit auf Probleme aufmerksam, die ansatzweise dem heute geschilderten und vom behandelnden Prof. Dr. med. M._____, Facharzt für Neurologie FMH, seinem Fachgebiet zugeordneten Beschwerdebild (act. IIA 133.2/10, 141/7 f., 147/2 Ziff. 1.1, 158/2, 159/8, 159/16, 165/3) entsprechen. Vor diesem Zeitpunkt konnte die Beschwerdesymptomatik streng abgegrenzt werden und stand mit den damals erhobenen psychischen und somatischen Beeinträchtigungen vollumfänglich in Einklang, zumal Neurologen bis dahin mehrfach keine Anhaltspunkte für eine Störung festgestellt hatten (act. II 37/13 ad Ziff. 1, 65/2). In diesem Sinne stellt das am 17. August 2012 zugestellte Schreiben (act. II 103; vgl. auch act. IIA 117/34) die Meldung eines neuen Gesundheitsschadens dar, für den insbesondere auch die Wartezeit (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) neu zu absolvieren ist (vgl. SVR 2009 IV Nr. 27 S. 75 E. 7.4, E. 3a; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Art. 28 N. 35).

Die RAD-Ärztin Dr. med. E._____ gelangte insbesondere unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der Klinik N._____ des Spitals I._____ zum Schluss, dass mangels einer organischen Grundlage keine neurologische Diagnose gestellt werden könne (act. IIA 170). Dies überzeugte. Im Austrittsbericht des Spitals I._____, Neurologie, vom 19. Juli 2013 (act. IIA 114/7-9) wurden erstmals kernspintomographisch (MRI vom September 2012) ausgewiesene Marklagerläsionen beschrieben (act. IIA 114/7 Ziff. 7 Ziff. 2) und in der Diskussion auf die verschiedensten Hypothesen hingewiesen (Multiple Sklerose, Retrobulbärneuritis, Vaskulitis, metabolische Ursachen oder Mitochondriopathie [Sphingolipidose, Morbus Fabry, Morbus Gaucher], Morbus Behçet), die jedoch schliesslich allesamt verworfen wurden (act. IIA 114/8). Die Ärzte des Spitals I._____ beurteilten die im MRI vom September 2012 dargestellten Marklagerläsionen als an sich bereits länger bestehend (allenfalls sogar perinatal [act. IIA 114/7 Ziff. 2 Lemma 3; vgl. auch act. IIA 114/2 Ziff. 1.1]). Sie hielten – wie bereits Dr. med. O._____, Facharzt für Neurologie FMH (act. IIA 117/30, 117/32) – ausdrücklich fest, dass zum aktuellen Zeitpunkt keine neurologische Erkrankung diagnostiziert werden könne, welche die Symptome zu erklären vermöchte. Sie gaben an, die zerebralen Läsionen würden am ehesten

einem Zufallsbefund entsprechen, insbesondere könnten sie nicht die wechselnde Symptomatik mit teils diskrepanten Befunden in der klinischen Untersuchung erklären; sie empfahlen die Wiederaufnahme einer geeigneten Arbeit (act. IIA 114/8). Es bestehen keine Arztberichte, die geeignet wären, den Beweiswert der massgeblich auf dieser Beurteilung basierenden RAD-Stellungnahme vom 13. April 2016 (act. IIA 170) zu erschüttern. Namentlich ist die Einschätzung des ab April 2014 behandelnden (act. IIA 147/2 Ziff. 1.2) Prof. Dr. med. M. _____ angesichts der umfassenden neurologischen Abklärungen seitens des Spitals I. _____ (act. IIA 114/7-9) nicht nachvollziehbar. Dass der Neurologe eine «absolut spezialisierte Fachkapazität» bzw. eine «Koryphäe» sein soll (Beschwerde S. 4 f. Ziff. IV Ziff. 1) mag zutreffen, ist für die Beweiswürdigung seiner Berichte im vorliegenden Einzelfall aber nicht entscheidend. Er bot einen Fächer an Erklärungsmöglichkeiten an, ohne die Befundlage auch nur ansatzweise vor dem Hintergrund der neurologischen Diagnosekriterien zu diskutieren (act. IIA 133.2/9 f.), womit die von ihm postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit während den «Attacken» bzw. «Schüben» (act. IIA 147/4 Ziff. 1.6, 165/4 Ziff. 13) einer validen diagnostischen Grundlage entbehrt. Im Bericht vom 18. August 2014 (act. IIA 141/7 f.) erwähnte er zunächst erneut weitgehend unauffällige Befunde und schloss eine mitochondriale Cytopathie aus; gleichzeitig führte er aus, die (allein geringen) Abweichungen im Aminosäurestoffwechsel könnten die Symptomatik – welche auch eine psychische Erschöpfung beinhalte, die aber nicht die Ursache der Beschwerden sei – erklären. Die Symptome erklärten wiederum durchaus die Unfähigkeit der Beschwerdeführerin, voll im angestammten Beruf zu arbeiten. Prof. Dr. med. M. _____ zog erneut verschiedene weitere mögliche Diagnosen in Betracht (act. IIA 141/7 f.) und führte im Bericht vom 20. Oktober 2014 (act. IIA 147) sodann aus, aktuell laufe die Suche nach der Ätiologie der metabolischen Störung (act. IIA 147/4 Ziff. 1.5), die in der Folge jedoch ausgeschlossen wurde (act. IIA 158/2, 159/10, 161/2). Die von diesem Arzt apodiktisch in den Raum gestellte Behauptung, es liege klar eine somatische Erkrankung vor (act. IIA 158/2, 159/8; Beschwerde S. 4 Ziff. IV Ziff. 1), blieb und bleibt damit weiterhin eine reine Hypothese. Nicht einleuchtend ist diese Behauptung insbesondere auch deshalb, weil der Neurologe selbst in seinem Bericht vom 4. Januar 2016 (act. IIA 165) unter Bezugnahme auf ein MRI vom August 2015 nochmals auf eine unveränderte Si-

tuation betreffend die Marklagerläsionen hingewiesen hat (act. IIA 165/2). Der in diesem Zusammenhang erwähnte (act. IIA 165/2) und in der Beschwerde (S. 4 Ziff. IV Ziff. 1) hervorgehobene stationäre Befund bei Leukenzephalopathie (Entmarkungskrankheit) wurde von den Fachärzten des Spitals I._____ als für die Symptomatik nicht relevant bezeichnet (act. IIA 114/8). Sämtliche Abklärungen, die auch bei einem Beschwerdebuch vorgenommen wurden, ergaben weitgehend normale Befunde.

3.4.2 Die RAD-Beurteilung, wonach derzeit keine somatisch begründete Störung ausgewiesen sei (act. IIA 170/4, 171/2), überzeugt mit Blick auf die gesamte medizinische Aktenlage in jeder Hinsicht. Die reine Hypothese von Prof. Dr. med. M._____, es müsse eine somatisch bedingte Störung vorliegen, weil körperlich anmutende Beschwerden geklagt werden, genügt bei nun umfassenden Abklärungen nicht, um die Symptomatik einer organischen Ätiologie bzw. Pathogenese zuzuordnen. Denn im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung ist allemal erforderlich, dass die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Der Nachweis der Invalidität im Rechtssinn setzt eine gesundheitlich bedingte, erhebliche und evidente, dauerhafte sowie objektivierbare Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dieser Massstab gilt für sämtliche Leiden gleichermaßen (BGE 139 V 547 E. 9.4 S. 568). Soweit die Beschwerdeführerin argumentiert, für ihre Erkrankung gebe es noch keinen Namen, was jedoch nicht bedeute, dass sie nicht krank sei (Beschwerde S. 5 f. Ziff. IV Ziff. 1), ist ihr nicht zu folgen. Sie verkennt damit, dass inzwischen eine Vielzahl an Untersuchungen nicht allein auf verbreitete Erkrankungen hin erfolgten, sondern neurologisch selbst wenig naheliegende Erkrankungen – stets mit negativem Ergebnis –abgeklärt wurden.

Es ist nicht Aufgabe der Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführerin das Fehlen eines Gesundheitsschadens nachzuweisen, vielmehr hat die Verwaltung den medizinischen Sachverhalt zunächst anhand der Unterlagen der behandelnden Ärzte und sodann gegebenenfalls unter Beizug des RAD bzw. von Gutachtern zu erheben. Die Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) beinhaltet indes nicht jede erdenkliche Abklärung. Auch ist

nicht ohne weiteres auf Beweislosigkeit (was im Ergebnis jedoch ebenfalls zu Lasten der Beschwerdeführerin ginge [vgl. BGE 121 V 204 E. 6a S. 208]) zu schliessen, wenn die Symptomatik trotz umfassenden Untersuchungen mit negativem Ergebnis fortbesteht. Hier liegt aufgrund der insgesamt umfassenden und beweiskräftigen Beurteilung der Dres. med. C._____ (act. IIA 133.1), E._____ (act. IIA 170), F._____ (act. IIA 171) sowie G._____ (act. IIA 179) nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) kein die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit massgeblich beeinflussender somatisch erklärbarer Gesundheitsschaden vor. Dass Dr. med. D._____ seinerseits keine relevante Störung aus seinem Fachgebiet erheben konnte (act. IIA 134.1), ändert daran nichts.

3.4.3 Sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu objektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausalität vermögen die subjektiven Angaben der versicherten Person allein eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit nicht ohne Weiteres rechtsgenüglich nachzuweisen, sondern es hat stets eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296). Im vorliegenden Fall fehlt nach dem Gesagten bereits ein hinreichend erstellter Gesundheitsschaden. Die diagnostizierte (sekundäre) Fibromyalgie sowie die Somatisierungsstörung zeitigen zudem bereits aus medizinischer Sicht keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. IIA 133.1/40 Ziff. 5.2 Ziff. 5.2 Lemma 1, 134.1/16 Ziff. 6 lit. b Ziff. 2). Selbst wenn jedoch die im Rahmen eines unklaren Beschwerdebilds geklagten Symptome auf Basis des strukturierten normativen Prüfungsrasters vertieft betrachtet würden, änderte sich im Ergebnis nichts (vgl. E. 4 hiernach).

4.

4.1 Zu prüfen wären zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie «funktioneller Schweregrad» (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.):

4.1.1 Mit Bezug auf den Komplex *Gesundheitsschädigung* (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

4.1.1.1 Was die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome anbelangt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.), beurteilte Dr. med. D. _____ die Somatisierungsstörung als leichtgradig (act. IIA 134.1/20 Ziff. 6.3) und Dr. med. C. _____ stellte auch in Bezug auf die Fibromyalgie keine schwerwiegende Auswirkung fest (act. IIA 133.1/51 Ziff. 6). Generell präsentierte sich die Explorandin mit einem völlig situationsadäquaten Verhalten und ihre Coping-Strategien wurden als gut beurteilt. Der psychiatrische Gutachter konnte Ressourcen nachweisen und nannte insbesondere die völlig intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit, die gute Beziehung der Beschwerdeführerin zu ihrem Hund, mit dem sie gerne spazieren geht, sowie die Unterstützung durch ihren Lebenspartner, ihre Mutter und eine Freundin. Das Fähigkeitsniveau wurde insgesamt als nicht wesentlich eingeschränkt beurteilt und auf struktureller sowie kognitiver Ebene konnten keine relevanten Beeinträchtigungen festgestellt werden (act. IIA 134.1/20 Ziff. 6.3).

4.1.1.2 Bezüglich Behandlungserfolg bzw. -resistenz (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist anzumerken, dass sich die Beschwerdeführerin seit September 2009 mit einer tiefen Therapiefrequenz (anfänglich ein bis zwei Wochen, nunmehr noch alle zwei Monate) in ambulanter (delegierter) Behandlung bei lic. phil. P. _____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, befindet (act. II 76/2 f. Ziff. 1.2 und 1.5; act. IIA 134.1/14 Ziff. 3.2.9). Obwohl sich aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen liess, ortete Dr. med. D. _____ ein weiteres Behandlungspotential mit einem intensiveren Therapiesetting (regelmässige mindestens 14-tägliche Sitzungen) und rechnete dadurch mit einer weiteren Stabilisierung und Verbesserung des Gesundheitszustandes (act. IIA 134.1/22 Ziff. 6.3). Bei dieser Ausgangslage kann nicht von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation der Beschwerdeführerin durchgeführten Therapie ausgegangen werden. Mit anderen Worten verbietet sich die Annahme einer Behandlungsresistenz. Auch dieser Indikator spricht gegen eine rechtserhebliche Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit.

4.1.1.3 Aus den somatischen Beschwerden ergibt sich unter Beachtung des rheumatologischen Zumutbarkeitsprofils (act. IIA 133.1/55 Ziff. 7.3) medizinisch-theoretisch keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (act. IIA 133.1/56 Ziff. 7.13 f.) und eine schwerwiegende psychiatrische Komorbidität liegt nicht vor (act. IIA 134.1/19 Ziff. 6.2). Die in der Vergangenheit aufgetretenen depressiven Reaktionen waren höchstens leichtgradig ausgeprägt (act. IIA 134.1/20 Ziff. 6.3) und fallen nicht ins Gewicht, da sie mit adäquater antidepressiver Medikation gut behandelbar waren und es damit an einer therapieresistenten invalidisierenden psychischen Störung sowie folglich auch an einer relevanten psychischen Komorbidität fehlt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 13. April 2016, 9C_168/2015, E. 4.2).

4.1.2 Dafür, dass der Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegensteht, bestehen keine Anhaltspunkte. Es fanden sich bloss akzentuierte (abhängige/ängstliche) Persönlichkeitszüge (act. IIA 134.1/19). Diese unter Z73.1 der ICD-10 zu klassifizierenden Probleme stellen keine Krankheit oder Schädigung dar (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, E. 2.2.2.2) und der entsprechenden Diagnose wurde folgerichtig keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zuerkannt (act. IIA 134.1/16 Ziff. 6 lit. b Ziff. 3).

4.1.3 Der Komplex *Sozialer Kontext* (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) spricht gegen die rechtliche Anerkennung der geltend gemachten Einschränkungen, hält das soziale Umfeld doch bedeutende Ressourcen bereit. Die Beschwerdeführerin hat zwei sehr gute Freundinnen und zwei sehr gute Freunde, mit denen sie gerne zusammen ist und viele Sachen unternimmt (beispielsweise Essengehen oder in die Ferien verreisen). Sie geht mit ihrem Hund spazieren und führt mit ihrem Lebenspartner eine gute Beziehung, auch in sexueller Hinsicht. Sie kann mit ihm lachen und fröhlich sein; auch mit Hilfe ihrer vielen Freunde kann sie sich ablenken (act. IIA 134.1/9 Ziff. 3.2.1, 134.1/14 f. Ziff. 3.2.7 f.).

4.2 Unter der Kategorie «Konsistenz» sind verhaltensbezogene Aspekte zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.).

4.2.1 Das Aktivitätsniveau ist im Vergleich zu früher nicht reduziert, sondern hat sich höchstens verlagert. Es ergeben sich jedenfalls nicht in *allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus* (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303). Früher fuhr die Beschwerdeführerin ..., ging zum ... oder zum ... (act. II 30/2). Anlässlich der Begutachtung gab sie an, als Hobby habe sie einen Hund. Zudem dekoriere und male sie sehr gerne, verbringe Zeit mit ihren Freunden sowie ihrem Lebenspartner, reise in die Ferien, gehe wöchentlich ins ..., lese – wenn auch selten – Bücher, gehe in Restaurants, sehe mit ihrem Partner fern oder unterhalte sich mit ihm auf dem Balkon (act. IIA 134.1/14 f. Ziff. 3.2.7 f.). Obwohl sie selbst massive Einschränkungen in der Bewegungsmöglichkeit behauptet (act. IIA 117/37, 133.1/32 Ziff. 3.4), legt sie auch hinsichtlich ihres Hundes ein erstaunliches Aktivitätsniveau mit langen Spaziergängen an den Tag (act. IIA 134.1/13 Ziff. 3.2.7). Sie geht nun seit spätestens 2009 keiner wesentlichen Erwerbstätigkeit mehr nach (act. II 34/3, 94/4 f.; act. IIA 133.3/2, 134.1/13 Ziff. 3.2.7, 134.1/17 Ziff. 6.1), wenngleich eine vollschichtige, der Schulterproblematik Rechnung tragende Erwerbstätigkeit stets möglich gewesen wäre. Wenig konsistent äusserte sie sich schliesslich hinsichtlich der Fahrfähigkeit (act. IIA 133.1/32 Ziff. 3.4). Entgegen ihrer Behauptung wären Kontaktlinsen zweifellos nicht geeignet, das von ihr behauptete Problem (vermindertes Sehvermögen durch eine Uveitis, Augenbewegungsschmerz) zu lösen; wenn die gesundheitlichen Probleme den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin entsprächen, müsste insoweit eigentlich von einer auf Dauer fehlenden Fahrfähigkeit ausgegangen werden. Selbst Prof. Dr. med. M. _____ hat sich jedoch nie in diesem Sinne geäussert und die ophthalmologischen Abklärungen ergaben keine pathologischen Befunde (act. IIA 117/14 f., 117/25 f., 159/13-15). Insoweit besteht derzeit denn auch gerade noch keine Veranlassung zur Meldung gemäss Art. 66c IVG an das Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamt des Kantons Bern (SVSA). Es hat hier mit der Feststellung nicht unerheblicher Inkonsistenzen sein Bewenden.

4.2.2 Was den Indikator der *Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen* anbelangt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), ergibt sich das folgende Bild: Die Beschwerdeführerin wurde im Jahr 2006 an der Schulter

operiert (act. II 6/9) und war in den Jahr 2009, 2011 bzw. 2013 jeweils mehrere Wochen hospitalisiert (act. II 37/12-15, 50.4/2-5, 73/2-11; act. IIA 114/7-9, 117/16-18). Sie wird medikamentös therapiert und – nebst der hausärztlichen Begleitung – insbesondere seit September 2009 durch lic. phil. P._____ bzw. seit April 2014 durch Prof. Dr. med. M._____ ambulant betreut (act. IIA 133.1/35 Ziff. 3.5). Die Dauer und das Ausmass der Therapien spricht zwar für einen gewissen Leidensdruck, weil aber die Therapiefrequenz des Psychologen tief angesetzt wurde und sich die Aufgabe des Neurologen bis anhin in umfangreichen, jedoch letztlich ergebnislosen diagnostischen Abklärungen erschöpfte, lassen sich daraus keine unmittelbaren Rückschlüsse auf den Schweregrad der Erkrankung und allfällige funktionelle Folgen ziehen.

4.3 In der Gesamtbetrachtung fehlt es am erforderlichen funktionellen Schweregrad des unklaren Beschwerdebildes. Es bestünde damit selbst unter Berücksichtigung der Standardindikatoren im Sinne von BGE 141 V 281 kein Anlass, die mit den Akten übereinstimmenden und überzeugenden Einschätzungen der beiden Gutachter bzw. der RAD-Ärzte in Zweifel zu ziehen. Auszugehen ist demnach von einer medizinisch-theoretisch uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit. Zu prüfen bleiben die erwerblichen Folgen dieser medizinischen Ausgangslage.

5.

5.1 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).

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus

der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

5.1.1 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 des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

5.1.2 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 Invalideneinkommen 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 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

5.2

5.2.1 Die Beschwerdegegnerin hat anhand der Lohnempfehlung ... für das Jahr 2012 ein Valideneinkommen von Fr. 54'000.-- ermittelt (act. IIA 180/2). Die Lohnangaben von Branchenverbänden beruhen jedoch auf blossen Empfehlungen und sind daher für die Bestimmung des Valideneinkommens nicht repräsentativ (Entscheid des BGer vom 29. April 2015, 8C_123/2015, E. 3.2.4), womit die (auf tatsächlich erzielten Gehältern beruhenden) Tabellenlöhne gemäss LSE heranzuziehen sind. Zudem wären die Werte im Jahr 2012 lediglich für eine allfällige Rentenabstufung aufgrund des (neuen) Gesundheitsschadens (vgl. E. 3.4.1 hiervor) massgebend, da der frühestmögliche Rentenbeginn – unter der Prämisse einer erfüllten Wartezeit – eigentlich im Jahr 2007 liegt (vgl. E. 1.2 hiervor bzw. Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG in der intertemporal anwendbaren [vgl. BGE 140 V 41 E. 6.3.1 S. 44, 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220] und bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung). Ob die Vergleichseinkommen im Jahr 2007 oder 2012 berechnet werden, ist im Ergebnis aber nicht entscheidend, da so oder anders kein Rentenanspruch besteht. Die nachfolgende Berechnung erfolgt – entsprechend dem Vorgehen in der angefochtenen Verfügung – auf Basis der Werte im Jahr 2012.

Offen bleiben kann, ob für die Beschwerdeführerin als ausgebildete Hauswirtschafterin (act. II 94/2) auf den Wirtschaftszweig Ziff. 96 (sonstige persönliche Dienstleistungen [vgl. BFS, NOGA 2008, Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige, Erläuterungen, S. 241 f.]) der Tabelle TA1 oder die Berufsgruppe 51 (ISCO-08 abrufbar unter <www.bfs.admin.ch>) der Tabel-

le T17 abzustellen wäre. Der branchenspezifische Monatslohn beträgt Fr. 3'605.-- (BFS, LSE 2012, Tabelle TA1, Frauen, Wirtschaftszweig Ziff. 96, Anforderungsniveau 2), während der berufsspezifische Monatslohn gemäss Tabelle T17 bei Fr. 4'238.-- liegt (BFS, LSE 2012, Tabelle T17, Berufsgruppe Ziff. 51, Frauen, Total [vgl. IV-Rundschreiben 328 S. 2 am Ende]). Selbst wenn der Einkommensvergleich unter Berücksichtigung des noch höheren Totalwertes der Tabelle TA1 von Fr. 4'646.-- (BFS, LSE 2012, Tabelle TA1, Frauen, Total, Anforderungsniveau 2) vorgenommen würde, änderte sich im Ergebnis nichts. Diesfalls wäre von einem Valideneinkommen von Fr. 58'121.-- auszugehen (Fr. 4'646.-- x 12 Monate / 40 Wochenarbeitsstunden x 41.7 Wochenarbeitsstunden [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit {BUA}, 2012, Total]).

5.2.2 Das Invalideneinkommen von Fr. 47'288.-- für das Jahr 2012 wird beschwerdeweise (ebenfalls) nicht bestritten und stützt sich richtigerweise auf die Werte der LSE (act. IIA 180/2). Der dabei gewährte leidensbedingte Abzug von 10 % erscheint wohlwollend, zumal das medizinische Zumutbarkeitsprofil (act. IIA 133.1/55 Ziff. 7.3) einen grossen Fächer an möglichen Tätigkeiten zulässt und eine vollschichtige Erwerbstätigkeit zumutbar ist. Ein Abzug rechtfertigt sich weder unter dem Titel der Teilzeitarbeit (vgl. Entscheid des BGer vom 27. April 2015, 8C_7/2015, E. 5.2.3; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 130 E. 9.2) noch den weiteren möglichen Aspekten (vgl. E. 5.1.2 hiervor). Dies gilt insbesondere deshalb, weil auch das Valideneinkommen anhand eines Tabellenlohns zu ermittelt ist und die invaliditätsfremden Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie) folglich von vornherein ausser Betracht fallen müssten, da sie bei beiden Vergleichseinkommen zu berücksichtigen wären (vgl. Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Selbst wenn auch diesbezüglich von den für die Beschwerdeführerin günstigeren (nicht zutreffenden) Annahmen der Beschwerdegegnerin ausgegangen würde, änderte sich im Ergebnis nichts.

5.3 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert im für die Beschwerdeführerin günstigsten Fall ein aufgerundeter (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) und rentenausschliessender (vgl. E. 2.3 hiervor) Invaliditätsgrad von 19 % ([Fr. 58'121.-- ./ Fr. 47'288.--] /

Fr. 58'121.-- x 100). Dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 8. Juli 2016 (act. IIA 180) einen Rentenanspruch verneinte, ist im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.

6.1 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. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin 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.