Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
I 457/02

Urteil vom 18. Mai 2004
I. Kammer

Besetzung
Präsident Borella, Bundesrichterin Leuzinger, Bundesrichter Rüedi, Meyer und Lustenberger; Gerichtsschreiber Traub

Parteien
B._____, 1948, Beschwerdeführerin, vertreten
durch Rechtsanwältin Heidi Koch-Amberg, Stauffacherstrasse 1, 6020 Emmenbrücke,

gegen

IV-Stelle Bern, Chutzenstrasse 10, 3007 Bern, Beschwerdegegnerin

Vorinstanz
Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Bern

(Entscheid vom 7. Mai 2002)

Sachverhalt:

A.
B._____ (geb. 1948) arbeitete seit 1982 als Psychiatrieschwester in der gerontopsychiatrischen Abteilung des Psychiatriezentrums L._____. Ab Juli 2000 musste sie das zuvor versehene Arbeitspensum von 61 % (25,75 Wochenstunden) aus gesundheitlichen Gründen (lumbospondylogenes Schmerzsyndrom) auf 21 Wochenstunden reduzieren. Im August 2000 gab die Versicherte die Erwerbstätigkeit vollständig auf.
Nachdem sich B._____ am 5. Juni 2000 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet hatte, erkundigte sich die IV-Stelle Bern bei der behandelnden Ärztin über den Gesundheitszustand der Versicherten, holte je ein rheumatologisches und psychiatrisches Gutachten ein und tätigte erwerbliche und haushaltbezogene Abklärungen. Gestützt auf die entsprechenden Unterlagen ermittelte die IV-Stelle anhand der Einschränkungen in den beiden Tätigkeitsbereichen Erwerb und Haushalt einen Invaliditätsgrad von insgesamt 34 %. Demgemäss lehnte sie den Anspruch auf eine Invalidenrente ab (Verfügung vom 4. Dezember 2001).

B.
Die hiegegen erhobene Beschwerde hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Entscheid vom 7. Mai 2002 teilweise gut, indem es - namentlich gestützt auf eine Korrektur des hypothetischen Invalideneinkommens - der Versicherten mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2000 unter Annahme eines Invaliditätsgrades von 45 % (allenfalls 47,6 %) eine Viertelsrente zusprach.

C.
B._____ lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Antrag, es sei ihr, unter Aufhebung des

angefochtenen Entscheids, gestützt auf die Ergebnisse einer noch durchzuführenden interdisziplinären Begutachtung und erwerblicher Abklärungen eine ganze, allenfalls eine halbe Rente zuzusprechen; eventuell seien Massnahmen beruflicher Art durchzuführen.
Die IV-Stelle schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) verzichtet auf Vernehmlassung.
Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.
Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in Kraft getreten. Mit ihm sind zahlreiche Bestimmungen im Bereich der Invalidenversicherung geändert worden. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 Erw. 1), und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: vom 4. Dezember 2001) eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 121 V 366 Erw. 1b), sind im vorliegenden Fall die bis zum 31. Dezember 2002 geltenden Bestimmungen anwendbar (BGE 129 V 4 Erw. 1.2). Entsprechendes gilt für die auf den 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Bestimmungen gemäss der Änderung des IVG vom 21. März 2003 (4. IVG-Revision).

2.
Die Vorinstanz erwog, es sei der Beschwerdeführerin zumutbar, halbtags eine leichtere Tätigkeit im Bereich der industriellen Produktion zu versehen, nicht aber, wie noch die Verwaltung angenommen hatte, im angestammten Beruf der Psychiatriekrankenschwester zu arbeiten. Im erwerblichen Bereich bestehe eine Invalidität von 57,8 % (bzw. - bei Vornahme eines behinderungsbedingten Abzuges von 10 % vom Tabellenlohn - von 62 %), im Aufgabenbereich Haushalt nach den Feststellungen des Abklärungsdienstes der IV-Stelle eine solche von 25 %. Den Anteil der Erwerbstätigkeit veranschlagten Verwaltung und kantonales Gericht mit 61 %, denjenigen des Aufgabenbereichs Haushalt mit 39 %. Unter entsprechender Gewichtung errechnete die Vorinstanz eine Gesamtinvalidität von 45 % (bzw. 47,6 %).

3.
3.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG hat der Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn er zu mindestens 66 2/3 %, auf eine halbe Rente, wenn er zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn er zu mindestens 40 % invalid ist. In Härtefällen hat der Versicherte bereits bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine halbe Rente (Art. 28 Abs. 1bis IVG; Art. 28bis IVV). Invalidität im Sinne dieser Bestimmung ist die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 Abs. 1 IVG).
Für die Bemessung der Invalidität bei einem erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das er nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 28 Abs. 2 IVG: allgemeine Methode der Invaliditätsbemessung). Soweit ein Versicherter vor Eintritt der Invalidität nicht erwerbstätig war, wird die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, der Erwerbsunfähigkeit gleichgestellt (Art. 5 Abs. 1 IVG). Nach Art. 28 Abs. 3 IVG ist es dem Bundesrat überlassen, ergänzende Vorschriften zur Invaliditätsbemessung zu schaffen.

3.2 Gemäss Art. 27 Abs. 1 IVV wird bei nichterwerbstätigen Versicherten im Sinne von Art. 5 Abs. 1 IVG für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Masse sie behindert sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Methode). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten gilt die übliche Tätigkeit im Haushalt sowie die Erziehung der Kinder (Art. 27 Abs. 2 IVV). Bei Versicherten, die zum Teil erwerbstätig sind, wird die Invalidität für diesen Teil nach Art. 28 Abs. 2 IVG und für die daneben ausgeübte Tätigkeit im Aufgabenbereich nach Art. 27 IVV festgelegt (Art. 27bis Abs. 1 IVV; gemischte Methode). Bei der Bemessung der Invalidität im erwerblichen Bereich sind die Vergleichsgrössen Validen- und Invalideneinkommen im zeitlichen Rahmen der ohne Gesundheitsschaden (voraussichtlich dauernd) aus-

geübten Teilerwerbstätigkeit zu bestimmen. Der Anteil der Erwerbstätigkeit entspricht dem (hypothetischen) zeitlichen Umfang der ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgeübten Beschäftigung im Verhältnis zu der im betreffenden Beruf üblichen (Normal-)Arbeitszeit. Die Gesamtinvalidität errechnet sich aus der Summe der mit den Anteilen der Erwerbstätigkeit und der Tätigkeit im andern
Aufgabenbereich gewichteten (erwerbs- und nicht erwerbsbezogenen) Invaliditätsgrade (BGE 125 V 149 f. Erw. 2b mit Hinweisen).
3.3
3.3.1 Ob ein Versicherter als ganztägig oder zeitweilig Erwerbstätiger oder als Nichterwerbstätiger einzustufen ist - was je zur Anwendung einer andern Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt -, ergibt sich aus der Prüfung, was der Versicherte bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (vgl. Art. 27bis Abs. 2 IVV). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 126 V 360 Erw. 5b, 125 V 150 Erw. 2c).
3.3.2 Vorliegend sind Verwaltung und kantonales Gericht unter Anwendung der gemischten Methode - entsprechend den vor Eintritt des invalidisierenden Gesundheitsschadens geltenden Verhältnissen - von einem Anteil der Erwerbstätigkeit von 61 % und einem Anteil der Tätigkeit im Haushalt von 39 % ausgegangen. Die Beschwerdeführerin macht in der Beschwerdeschrift zwar beiläufig geltend, sie würde als Gesunde heute eine ganztägige Erwerbstätigkeit bevorzugen. Sie unterlässt es indes, diese Behauptung zu substanziieren und verzichtet denn auch ausdrücklich darauf, die Anwendung der gemischten Bemessungsmethode zu rügen. In der Tat besteht kein Anlass anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens im Zeitpunkt der strittigen Verfügung ein grösseres Arbeitspensum ausgefüllt hätte als dies vor 1997 - seither leidet sie an rezidivierenden Lumbalgien - der Fall war; dies zumal die drei Kinder (Jahrgänge 1973, 1974 und 1978) bereits zu diesem Zeitpunkt das Erwachsenenalter erreicht hatten, ohne dass die Versicherte eine Erweiterung der Erwerbstätigkeit über den bisherigen Umfang (61 %) hinaus ins Auge gefasst hätte. Hinzu kommt, dass die Invalidität ihres Ehemannes einen Ausbau der Erwerbstätigkeit zu Lasten der
Haushaltführung und der Erfüllung familiärer Pflichten kaum zulassen würde, wie die Beschwerdeführerin anlässlich der Haushaltsabklärung selbst erklärt hat. Es bleibt daher bei der vorinstanzlich angewandten Methode der Invaliditätsbemessung und prozentualen Aufteilung der Tätigkeitsbereiche.

4.
Im Rahmen der erwerblichen Komponente der Invaliditätsbemessung ist das vorinstanzlich eingesetzte Valideneinkommen unstreitig. Demgegenüber zieht die Beschwerdeführerin die Bemessungsgrundlagen des trotz Gesundheitsschadens noch erzielbaren Einkommens in Zweifel.

5.
5.1 Aus der Beurteilung der Klinik für Rheumatologie am Spital X._____ vom 20. März 2001 ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin im Wesentlichen an einem lumbospondylogenen Syndrom "mit/bei leichter Fehlhaltung und ausgeprägter muskulärer Dysbalance nach Dekonditionierung, leichten degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, Morbus Scheuermann im thorakolumbalen Übergang, diskreten Residuen eines Diskusprolaps L4/5 rechts in der MRI-Untersuchung von 1999" leidet. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit könne ihr zu 50 % (halbtags) zugemutet werden. Allerdings seien die therapeutischen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft. Die Patientin habe die Erfahrung machen müssen, dass die über Jahre hinweg rezidivierend auftretenden Lumbalgien in direktem Zusammenhang mit ihren Aktivitäten stünden. Das demzufolge verlorene Vertrauen in den Rücken gehe mit wachsender Angst vor einer Schmerzzunahme einher. Neben einer intensiven medizinischen Trainingstherapie zum Aufbau des muskulären Korsetts sowie einer schrittweisen Reintegration in den Arbeitsprozess erscheine "stützend eine psychologische Betreuung mit kognitiver Verhaltenstherapie unbedingt notwendig", ebenso eine ergänzende psychiatrische Betreuung.

5.2 Der psychiatrische Sachverständige Dr. H._____ gelangt im Gutachten vom 21. September 2001 zum Schluss, es könne keine psychiatrische Diagnose gestellt werden. Zu diskutieren sei allenfalls eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Von einer solchen Diagnose müsse aber "zum heutigen Zeitpunkt abgesehen" werden, da die gemäss internationaler Klassifikation ICD-10 erforderliche Voraussetzung des Vorliegens erheblicher psychosozialer Probleme oder einer affektiven Störung nicht gegeben sei. Mangels Diagnose sei aus psychiatrischer Sicht von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen.
Die sich an den Vorgaben einer anerkannten medizinischen Klassifikation orientierende Verweigerung einer Diagnose ist an sich nachvollziehbar begründet. Auch ist das beschwerdeführerische Vorbringen, der psychiatrische Sachverständige habe "hintergründige" Beschwerden ausser Acht gelassen, weil die Versicherte zur (unbewussten) Verleugnung psychischer Probleme neige, unbegründet. Es sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass der Gutachter, dem die anamnestisch relevanten medizinischen Unterlagen zur Verfügung standen, sich durch ein dissimulatives Verhalten der Beschwerdeführerin hätte täuschen lassen. Es darf vielmehr angenommen werden, dass Dr. H._____ als Facharzt entsprechende Verhaltensmuster richtig zu deuten weiss. Im Gutachten kommt denn auch zum Ausdruck, dass der Untersucher die Neigung der Versicherten zur Dissimulation tatsächlich erkannt hat. Hingegen stellt sich die Frage, ob das Gutachten eine verlässliche Entscheidungsgrundlage abgibt, soweit der Sachverständige allein gestützt auf die nicht gegebene Diagnostizierbarkeit einer psychischen Erkrankung auf vollständige Arbeitsfähigkeit (aus der Sicht seines Fachbereichs) schloss.
5.3
5.3.1 Die Rechtsfolgevoraussetzung einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ist überhaupt erst zu prüfen, wenn ein Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG gegeben ist (vgl. Art. 4 Abs. 1 IVG [in der Fassung vom 6. Oktober 2000]in Verbindung mit Art. 7 f. ATSG; zum Begriff des Gesundheitsschadens Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung [zit.: Arbeitsunfähigkeit], in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 35 f.). In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten geht die Praxis davon aus, dass die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit allein nicht genügen; vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (vgl. Urteil R. vom 2. Dezember 2002, I 53/02, Erw. 2.2 mit Hinweis). Die Schmerzangaben müssen also zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfung zugänglich sein (vgl. Urteil W. vom 9.
Oktober 2001, I 382/00, Erw. 2b). Das Ausmass der durch eine somatoforme Schmerzstörung bewirkten Arbeitsunfähigkeit wird grundsätzlich gestützt auf ein psychiatrisches Gutachten festgelegt (zur Publikation in der Amtlichen Sammlung bestimmtes Urteil N. vom 12. März 2004, I 683/03, Erw. 2.2.2).
5.3.2 Nach den subjektiven Angaben der Versicherten ist diese ihrer Schmerzen wegen in allen Lebensbereichen weitgehenden Einschränkungen unterworfen; entsprechende Schilderungen finden sich in den beiden medizinischen Expertisen wie auch im Abklärungsbericht Haushalt und im Bericht der Abteilung Berufliche Eingliederung der IV-Stelle vom 13. Juni 2001. Dass die Beschwerdeführerin tatsächlich unter den geklagten Schmerzen leidet, wird ärztlicherseits nicht bezweifelt; so ist nirgends von Aggravation (vgl. SVR 2003 IV Nr. 1 S. 2 Erw. 3b/bb) die Rede. Der Gutachter leitet die aus psychiatrischer Sicht bestehende vollumfängliche Arbeitsfähigkeit direkt aus dem Fehlen einer Diagnose ab. Die erhobenen Symptome und die geklagten funktionellen Ausfälle und Einschränkungen gehen jedoch erheblich weiter als die medizinischen Feststellungen, aufgrund derer die Bemessung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit erfolgte. Diese Differenz ist rechtlich nur belanglos und eine weitere Beweiserhebung verzichtbar, wenn die Diagnose zwingend im Rahmen eines anerkannten medizinischen Klassifikationssystems gestellt werden muss, andere Formen der Befunderhebung also nicht genügen sollten.

6.
6.1 Im psychiatrischen Gutachten wurde die Diagnose einer "anhaltenden somatoformen Schmerzstörung" diskutiert. Dieses Leiden ist dadurch gekennzeichnet, dass sich für geklagte körperliche Symptome trotz adäquater medizinischer (Differential-)Diagnostik keine eindeutigen körperlichen Ursachen finden lassen (vgl. etwa Kopp/Willi/ Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, S. 1382). Seine Diagnose setzt laut ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation [WHO], International Classification of Diseases, 10. Auflage 1992), Kapitel V (F) Ziff. 45.4, im Einzelnen

Folgendes voraus:
"Die vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Der Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten. Die Folge ist gewöhnlich eine beträchtliche persönliche oder medizinische Betreuung oder Zuwendung. (...)."
Nach dieser Definition sind psychosoziale Probleme oder emotionale Konflikte als entscheidende Krankheitsursache zu betrachten, damit die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gestellt werden kann. Vorliegend vermag der Gutachter "weder eine affektive Störung noch schwerere psychosoziale Probleme" zu finden; deshalb verwirft er die in Frage kommende Diagnose (Erw. 5.2 hievor). Immerhin vermittelt das Gutachten insgesamt das Bild einer Versicherten, die ernstlich darunter leidet, aus gesundheitlichen Gründen die Aufgaben nicht mehr erfüllen zu können, die sie aus Pflichtgefühl und Berufung eigentlich weiterhin wahrnehmen möchte.
6.2
6.2.1 Mit Blick auf den medizinwissenschaftlichen Zweck der gebräuchlichen Klassifikationssysteme fragt sich, ob diese als abschliessende Kataloge invalidisierender Gesundheitsschädigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden dürfen. Die Klassifikationssysteme sind dazu bestimmt, eine terminologische und inhaltliche Vereinheitlichung der Diagnosen herbeizuführen, um auf dieser Grundlage eine dem Stand der Wissenschaft entsprechende Untersuchung und Behandlung der Gesundheitsstörung zu ermöglichen (vgl. dazu etwa Renato Marelli, Psychiatrie, in: Fredenhagen [Hrsg.], Das ärztliche Gutachten, 4. Aufl., Bern 2003, S. 267, und Mario Gmür, Die Anforderungen an psychiatrische Gutachten, in: plädoyer 4/99, S. 35). Die Diagnose ist ein Instrument für die - standardisierte - Zuordnung von Beeinträchtigungen (Symptomen) zu Krankheiten und anderen medizinischen Befunden und für das Verständlichmachen der dazwischen bestehenden Zusammenhänge (vgl. François Paychère, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, in: Peter Rosatti [Hrsg.], L'expertise médicale, Genf 2002, S. 144). Es liegt auf der Hand, dass das mit dieser Zielsetzung verbundene Streben nach definitorischer Präzision nicht notwendigerweise deckungsgleich
ist mit dem Anliegen nach umfassender Bestandesaufnahme. Weitere Unsicherheiten im Zusammenhang mit der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes einzig über eine systemgebundene Diagnose erschlossen werden kann, ergeben sich aus dem Umstand, dass medizinisch-diagnostische Klassifikationssysteme - vor allem bezüglich psychiatrischer Erkrankungen - immer nur den jeweils aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion widerspiegeln, also ständigem Wandel unterworfen und allenfalls in absehbarer Zeit bereits wieder überholt sind. Umgekehrt gebieten die Unsicherheiten, die mit diesen fortwährenden definitorischen Verschiebungen verbunden sind, aber auch Zurückhaltung in der Anerkennung von leistungsrelevanten Arbeitsunfähigkeiten ausserhalb etablierter, bestandesmässig gefestigter psychiatrischer Diagnosen. Diese sind schliesslich nicht zuletzt auch ärztlichem Ermessen anheimgestellt: Die medizinische Literatur misst der klinischen Erfahrung des Arztes eine hohe Bedeutung zu; anhand dieser sei zu unterscheiden, "welche pathologischen Befunde statistisch bedingte Zufallsbefunde sind, und welche tatsächlich die Diagnose einer Krankheit begründen". Verlasse man sich zu sehr auf die Objektivität von Untersuchungsverfahren
und Diagnosesystemen, so führe dies zu einer "Scheinordnung", welche den Ansatz einer inadäquaten Leistungszusprache in sich berge (Christfried-Ulrich Mayer, Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, in: Sozialversicherungsrechtstagung 2002, St. Gallen 2002, S. 93). Das bedeutet, dass auch einer lege artis hergeleiteten Diagnose nicht in jedem Fall ein krankheitswertiger Befund zugrunde liegt.
6.2.2 Was im Speziellen Psychalgien - also psychogene Schmerzzustände - angeht, so ist die in den klinisch-diagnostischen Leitlinien des Kapitels V (F) der ICD-10 vorgenommene Einteilung der Unterkategorien somatoformer Störungen hinsichtlich ihrer empirischen Validität und praktischen Relevanz umstritten (vgl. [deutsche]Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF], Leitlinie Somatoforme Störungen 1: Somatoforme Störungen im Überblick, verabschiedet am 18. Mai 1999, Ziff. 3.2). Die medizinische Literatur gesteht der Diagnose bei somatoformen Schmerzstörungen denn auch einen eher bescheidenen Stellenwert zu: "Tout en étant convaincu de la place prépondérante du fonctionnement psychique dans l'explication de la douleur chronique sans explication organique ou physiopathologique claire, nous estimons que l'inconnu dans ce domaine est encore énorme et les variations du fonctionnement psychique telles qu'il serait hâtif de transformer ce symptôme en une affection psychiatrique à diagnostic unique" (J.-A. Schneider/A. Saurer/G.-A. Davoine/G. Godinat/D. Petite, La sinistrose: un diagnostic médical? Réflexions sur

l'atteinte à la santé dans l'assurance invalidité fédérale, in: SZS 42/1998, S. 36).
Nach Auffassung der soeben zitierten Autoren hat der Einbezug des "psychischen Funktionierens" bei chronischen Schmerzen ohne klare somatische Erklärung aufgrund des Symptoms und nicht mit dem Anspruch einer präzisen Diagnose zu erfolgen (vgl. Hans-Jakob Mosimann, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische]Gutachten, in: SZS 43/1999, S. 108 mit Hinweis). Nach einer weiteren Meinung muss bei der Begutachtung zwar eine "kriterienorientierte Diagnose" nach ICD-10 oder DSM-IV gestellt werden, ohne die sich "weitere Überlegungen" erübrigten; zugleich wird aber betont, entscheidende Variable sei nicht die Diagnose, sondern die Beurteilung des Schweregrades (Klaus Foerster, in: Venzlaff/Foerster, Psychiatrische Begutachtung, 3. Aufl., München 2000, S. 509 und 510). Diese Feststellung ist Ausdruck des fachmedizinischen Konsenses, dass sich, da eine Schädigung regelmässig nicht nachweisbar ist, die Diskussion bei einer ärztlichen Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit auf die Frage verlagert, inwiefern die psychische Störung - bei zumutbarer Willensanstrengung - als überwindbar betrachtet wird (Kopp/Willi/Klipstein, a.a.O., S. 1430, 1434 f.). Wichtiger als die Diagnose sei daher die sozial-praktische Auswirkung einer Erkrankung
(Marelli, a.a.O., S. 260), also die gutachtliche Stellungnahme zur Zumutbarkeit der Arbeitsleistung (vgl. Mosimann, a.a.O., S. 108; zur Zumutbarkeit - als zentralem Gesichtspunkt zur Entscheidung der Frage, ob eine somatoforme Schmerzstörung im Einzelfall invalidisierend sei - vgl. Erw. 7 hienach).

6.3 Das in Erw. 6.1 und 6.2 hievor Gesagte schliesst indes nicht aus, dass praktisch jedes krankheitswertige Geschehen einer Diagnose im Rahmen der anerkannten Klassifikationssysteme zuführbar ist. Denn diese enthalten neben spezifisch definierten Gesundheitsschädigungen (wie ICD-10 Ziff. F45.4) auch offen gefasste "Auffangdiagnosen" (vgl. etwa ICD-10 Ziff. F45.0 [Somatisierungsstörung]). Auch besteht kein Definitionsmonopol der ICD-10 (insofern unzutreffend der Wortlaut von Ziff. 1010 des vom BSV herausgegebenen Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH; in der ab 1. Januar 2004 geltenden Fassung]): Ein anderes weit verbreitetes Klassifikationssystem, das DSM-IV (American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Aufl. 1994; deutsche Übersetzung 1996 [Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen]), differenziert in der Kategorie "Schmerzstörung in Verbindung mit sowohl Psychischen Faktoren wie einem Medizinischen Krankheitsfaktor" (Ziff. 307.89) nicht nach Entstehungsgründen. Hinzu kommt, dass chronifizierte Schmerzen, die losgelöst von einer ursprünglich zugrunde liegenden Gewebe- oder Organschädigung weiterbestehen,
ebenfalls als eigenständiges Krankheitssyndrom betrachtet werden, für welches das Fehlen hinreichender organischer Ursachen und Auslöser charakteristisch ist (Jörg Schumacher/Elmar Brähler, Psychologische Aspekte akuter und chronischer Schmerzen, in: Handlungsfelder der psychosozialen Medizin, Göttingen 2002, S. 189). Für die Einordnung chronischer Schmerzen stehen neben den international gebräuchlichen Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-IV spezielle Verfahren zur Verfügung, so die Klassifikation der International Association for the Study of Pain (Schumacher/Brähler, a.a.O., S. 198 f.).
Mit Blick auf die bei der Feststellung von Schmerzen vorhandenen Beweisschwierigkeiten besteht kein Anlass, noch weitere, klassifikatorisch nicht erfassbare Zustandsbilder der rechtlichen Leistungsüberprüfung zugänglich zu machen. Die Gerichtspraxis hält die medizinischen Sachverständigen denn auch dazu an, sich bei der Diagnosestellung an eine anerkannte Klassifikation zu halten (AHI 2000 S. 152 f. Erw. 2c; vgl. auch BGE 124 V 42 f. Erw. 5b/bb). In Sonderfällen - wenn eine manifeste Beeinträchtigung vorliegt, für die nach dem aktuellen pathogenetischen Wissensstand keine Diagnosestellung möglich ist - sind allerdings Ausnahmen denkbar (vgl. Meyer-Blaser, Arbeitsunfähigkeit, S. 64 f. FN 93).

7.
7.1 Mit Bezug auf den vorliegenden Fall erscheint zunächst zweifelhaft, ob die psychiatrische Stellungnahme des Dr. H._____ vom 21. September 2001 in diagnostischer Hinsicht vollständige Entscheidungsgrundlagen bereitstellt, soweit dort das Vorliegen eines psychischen Gesundheitsschadens verneint wird. Zwar hielt der Gutachter fest, es könne weder nach ICD-10 noch nach DSM-IV eine psychiatrische Diagnose gestellt werden. Effektiv aber prüfte er das Vorliegen eines entsprechenden Gesundheitsschadens nur nach ICD-10 Ziff. F45.4, nicht aber aufgrund der sub Erw. 6.3 hievor genannten konkurrierenden Klassifikationen, welche abweichende - auch offener gefasste - definitorische Voraussetzungen kennen. Die Frage mag indes dahingestellt bleiben: Selbst wenn das Beschwerdebild der Versicherten im Rahmen eines anderen Systems klassifikatorisch erfasst werden könnte, fehlte es nach Lage der Akten an den spezifischen Umständen, die im Einzelfall - zusätzlich zur

somatoformen Schmerzstörung - gegeben sein müssen, damit eine rechtserhebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu bejahen ist.

7.2 Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat Aspekten der Überwindbarkeit der sich aus dem Schmerzsyndrom ergebenden Erschwernisse und - folglich - der Zumutbarkeit einer anspruchsausschliessenden Erwerbstätigkeit bei der Beurteilung von Leistungsansprüchen im Zusammenhang mit somatoformen Störungen stets ein grosses Gewicht beigemessen. Liegt ein psychisches Leiden mit Krankheitswert vor, ist ausschlaggebend, ob die psychiatrischen Befunde nach ärztlicher Einschätzung eine derartige Schwere aufweisen, dass dem Versicherten die Verwertung seiner Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt nur noch teilweise oder gar nicht mehr zumutbar ist (Urteil S. vom 17. Februar 2003, I 667/01, Erw. 3 mit Hinweisen; vgl. Foerster, a.a.O., S. 509 und 511). Jeder Versicherte hat also - im Rahmen der vorhandenen Entscheidungs- und Motivationsspielräume (Foerster, a.a.O., S. 511) - in Nachachtung des Grundsatzes der Schadenminderung (BGE 123 V 233 Erw. 3c, 117 V 278 Erw. 2b, 400) die individuell zur Verfügung stehenden psychischen Ressourcen zu mobilisieren, die es ihm erlauben, mit den Schmerzen umzugehen und die aus somatischer Sicht verbliebene Leistungsfähigkeit weitestmöglich zu verwerten (vgl. Urteil S. vom 2. März 2001, I 650/99, Erw. 2c).

7.3 Die somatoforme Schmerzstörung ist nicht naturgesetzlich mit objektivierbaren funktionellen Einschränkungen verbunden, die über die allenfalls vorhandene körperliche (rheumatologisch oder orthopädisch begründete) Behinderung hinausgehen; auch dürfte die Beeinträchtigung der seelisch-geistigen Integrität regelmässig geringfügiger sein als bei anderen psychischen Gesundheitsschädigungen. Daher ist es angezeigt, bei der Zumutbarkeitsprüfung zunächst von der Vermutung auszugehen, dass die somatoforme Schmerzstörung grundsätzlich überwindbar ist, also die erwerbliche Leistungsfähigkeit nicht in invalidisierendem Ausmass beeinträchtigt (vgl. Meyer-Blaser, Arbeitsunfähigkeit, S. 75). Im Einzelfall ist sodann aber zu prüfen, ob und inwieweit diese Vermutung durch Umstände entkräftet wird, welche annehmen lassen, dass die Umsetzung der (aus somatischer Sicht bestehenden) Leistungsfähigkeit unmöglich oder unzumutbar ist.

7.4 Wieweit die Auswirkungen des Schmerzsyndroms auf die Leistungsfähigkeit mit einer zumutbaren "Willensanspannung" überwindbar sind, entscheidet sich anhand von verschiedenen Beurteilungskriterien. Zu nennen sind diesbezüglich namentlich eine auffällige vorbestehende Persönlichkeitsstruktur, eine auf Chronifizierung hindeutende, mehrjährige Krankheitsgeschichte mit stationärer oder progredienter Symptomatik, das Scheitern einer lege artis durchgeführten Behandlung, eine psychiatrische Komorbidität oder chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein hoher Krankheitsgewinn (in aller Regel nur in seiner primären Form beachtlich [unwillkürliche Heranbildung von psychosomatischen Symptomen zur - freilich fehlerhaften - Bewältigung eines seelischen Konfliktes]) oder ein Verlust der sozialen Integration (Ehescheidung, Arbeitsplatzverlust, sozialer Rückzug, Verlust persönlicher Interessen) im Verlauf der psychischen Erkrankung (vgl. AHI 2000 S. 152 f.; zur Publikation in der Amtlichen Sammlung bestimmtes Urteil N. vom 12. März 2004, I 683/03, Erw. 2.2.3; Mosimann, a.a.O., S. 18 mit Hinweisen auf die sachbezügliche medizinische Literatur; aus rechtlicher Sicht eingehend zu den einzelnen Kriterien Meyer-Blaser, Arbeitsunfähigkeit, S. 80
ff.). Zu berücksichtigen sind die fraglichen Umstände nur, wenn sie sich beim Versicherten mit einem Mindestmass an Konstanz und Intensität manifestieren (Urteil D. vom 20. September 2002, I 759/01, Erw. 3.2). Nicht erforderlich ist, dass sich eine psychiatrische Expertise in jedem Fall über jedes einzelne der genannten Kriterien ausspricht (Urteil Q. vom 8. August 2002, I 783/01, Erw. 3b); entscheidmassgeblich ist eine Gesamtwürdigung der Situation (Urteil R. vom 28. Januar 2003, I 79/02, Erw. 3.2).

7.5 Bei Anwendung der vorerwähnten Kriterien auf denjenigen Teil des Schmerzsyndroms, der nicht als Folge des körperlichen Leidens betrachtet werden kann, ergibt sich vorliegend, dass die Beschwerdeführerin die aus somatischer Sicht verbleibende Leistungsfähigkeit zumutbarerweise umzusetzen vermag. Körperliche oder psychische Begleiterkrankungen zum feststehenden lumbospondylogenen Syndrom sind nicht gegeben. So lag im Zeitpunkt der Abklärungen, deren Ergebnisse Grundlage der strittigen Verwaltungsverfügung bilden, keine schmerzabhängige Depression vor, auch wenn nach Einschätzung des psychiatrischen Gutachters eine entsprechende Gefährdung immanent ist. Im Weitern ist kein (primärer) Krankheitsgewinn ersichtlich, fehlt es doch an dem hiefür vorausgesetzten emotionalen oder anderweitig innerseelischen Konflikt als dem Gegenstand einer fehlerhaften Verarbeitung. Obwohl die Versicherte gesundheitsbedingt auf diverse Freizeitaktivitäten wie

Reisen verzichten muss, insgesamt in ihrer Lebensgestaltung doch recht erheblich eingeschränkt ist, kann auch nicht auf einen weit gehenden sozialen Rückzug geschlossen werden. Zwar sind dem medizinischen Dossier gewisse Anzeichen für eine Therapieresistenz der Schmerzen zu entnehmen. Indes hatten die rheumatologischen Gutachter nachdrücklich eine (allerdings nicht durchgeführte) kognitive Verhaltenstherapie empfohlen; die therapeutischen Möglichkeiten waren somit gar nicht ausgeschöpft.
In gesamthafter Würdigung der Sach- und Rechtslage ist festzustellen, dass sich auch dann am Anspruch der Beschwerdeführerin nichts änderte, wenn eine psychogene Schmerzstörung aufgrund einer andern Klassifikation als ICD-10 zu bejahen gewesen wäre.

8.
Was die Einschätzung der Invalidität im Aufgabenbereich Haushalt anbelangt, rügt die Versicherte, die im Bericht des Abklärungsdienstes der IV-Stelle vom 2. August/18. Oktober 2001 enthaltenen Ergebnisse der vor Ort getätigten Abklärungen trügen ihrem Gesundheitszustand nicht ausreichend Rechnung; namentlich sei sie zur Bewältigung der Aufgaben im häuslichen Bereich auf eine weitgehende Mithilfe von Angehörigen angewiesen. Nach dem Gesagten ist ein psychischer Gesundheitsschaden nicht ausgewiesen. Selbst wenn ein solcher vorliegen würde, wären dessen Folgen im Hinblick auf die bestmögliche Verwertung der aufgrund des somatischen Leidens verbleibenden Arbeitsfähigkeit zumutbarerweise überwindbar (Erw. 7 hievor). Unter diesen Umständen ist die Einschätzung der Verwaltung hinsichtlich des im Haushalt gegebenen Leistungsvermögens nicht zu beanstanden, wie bereits das kantonale Gericht festgehalten hat. Ein behinderungsbedingter Mehraufwand bei der Erledigung von Haushaltarbeiten ist für die Invaliditätsbemessung nur relevant, wenn ein Versicherter während der zumutbaren Normalarbeitszeit im Haushalt nicht mehr alle Arbeiten bewältigen kann und daher in wesentlichem Masse der Fremdhilfe bedarf (ZAK 1984 S. 140). Zu berücksichtigen ist, dass auch die im Haushalt tätigen Versicherten der Schadenminderungspflicht unterliegen. Die Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeitsfähigkeit sind durch geeignete organisatorische Massnahmen und die Mithilfe der Familienangehörigen - denen dadurch keine unverhältnismässige Belastung entstehen darf (vgl. Urteil I. vom 28. August 1981, I 3/81, Erw. 1) - möglichst zu mildern. Diese Mithilfe geht weiter als die ohne Gesundheitsschaden üblicherweise zu erwartende Unterstützung (Urteil S. vom 4. September 2001, I 175/01, Erw. 4b, mit Hinweis auf Meyer-Blaser, Rechtsprechung zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zürich 1997, S. 222 f.).
Zu den letztinstanzlich aufgelegten Bestätigungen des Ehemanns und zweier Kinder vom Juli 2002 hinsichtlich der Notwendigkeit einer weitgehenden Mithilfe im Haushalt ist festzuhalten, dass ausschliesslich die Verhältnisse bis zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Verfügung (4. Dezember 2001) zu berücksichtigen sind (BGE 121 V 366 Erw. 1b). Für den Zeitpunkt der Erhebungen vor Ort (Juli 2001) ist die Notwendigkeit einer Mithilfe der erwachsenen Nachkommen im Haushalt indes nur punktuell ausgewiesen (so im Zusammenhang mit Grossreinigungen, grösseren Einkäufen, Reparaturen). In diesem Verfahren braucht daher nicht entschieden zu werden, ob die zur Zeit der nachgereichten Bestätigungen geleisteten Hilfestellungen bei der Bewältigung des Haushaltes - soweit tatsächlich notwendig - den Umfang der üblicherweise zu erwartenden Mithilfe durch Familienangehörige in einem Masse überschreiten, dass davon ausgegangen werden müsste, die Versicherte sei wesentlich auf Fremdhilfe angewiesen.

9.
Im bisherigen Verfahren ungeprüft geblieben ist der Anspruch auf Massnahmen beruflicher Art (vgl. dazu SVR 2003 IV Nr. 11 S. 34 Erw. 1 mit Hinweisen). Sofern die invaliditätsbedingt notwendige berufliche Neuorientierung nicht ohne weiteres der Selbsteingliederung der Versicherten zu überantworten ist, weil sie selber nicht über ausreichend Kenntnis von behinderungsangepassten Tätigkeiten verfügt, kommt ein Anspruch auf Berufsberatung (Art. 15 IVG; ZAK 1977 S. 191 Erw. 2) in Frage. Wirken sich die Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit bei der Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle (beispielsweise in einer administrativen oder beaufsichtigenden Funktion im Zusammenhang mit der Betreuung Betagter) erschwerend aus, ist ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung (Art. 18 Abs. 1 Satz 1 IVG; vgl. BGE 116 V 80 ff. Erw. 6; AHI 2000 S. 70 Erw. 1a) zu erwägen. Der Beschwerdeführerin ist es unbenommen, bei der Invalidenversicherung einen entsprechenden Antrag einreichen.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.

2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, der Ausgleichskasse Luzern und dem Bundesamt für Sozialversicherung zugestellt.
Luzern, 18. Mai 2004

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Der Präsident der I. Kammer: Der Gerichtsschreiber: