

200 16 1203 IV
FUR/JAP/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. März 2017

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. November 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1978 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 15. August 2015 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Diese stellte ihr mit Vorbescheid vom 3. August 2016 (AB 60) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens die Abweisung des Leistungsgesuchs hinsichtlich einer Invalidenrente in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 64) und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 67) verneinte die IVB mit Verfügung vom 4. November 2016 (AB 68) entsprechend dem Vorbescheid einen Rentenanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 7. Dezember 2016 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und ihr sei mindestens eine Viertelsrente zu gewähren; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Am 23. Januar 2017 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine umfassende Beschwerdeantwort und schloss auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Zuschrift vom 21. Februar 2017 legte die Beschwerdeführerin einen zusätzlichen medizinischen Bericht ins Recht (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 5) und hielt an ihren Rechtsbegehren fest.

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 4. November 2016 (AB 68). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Er-

werbsunfähigkeit 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). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierender Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). 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 stehen-

den 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; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

2.3 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 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 lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Die Beschwerdeführerin begab sich am 12. Januar 2015 wegen zunehmenden Kopf- und Nackenschmerzen zum Hausarzt Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nachdem sie am 10. Januar 2015 als Beifahrerin mit einem Personenwagen rückwärts in einen Brunnen gefahren war. Dr. med. C._____ vermerkte im Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (AB 23/9-11) als vorläufige Diagnose Nackenbeschwerden und muskuloskelettale Befunde (Grad I gemäss QTF-Klassifikation [Quebec Task Force]). Er verordnete Analgetika sowie nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR). Ab 28. Januar 2015 attestierte er eine 50%ige und

im weiteren Verlauf eine zwischen 40 % und 100 % schwankende Arbeitsunfähigkeit (AB 5, 9.1/9-11, 9.3/4, 9.3/13-15, 12, 16.1/11, 16.1/1-11, 16.1/13, 16.2, 70/21-24). Er veranlasste zudem bildgebende Untersuchungen (MRI der Halswirbelsäule [HWS] vom 5. Februar 2015 [AB 23/7 f.] und Schädel-CT unter Kontrastmittel vom 11. Februar 2015 [vgl. AB 9.3/7, 9.3/10]).

3.1.2 Nach einer konsiliarischen Untersuchungen durch Dr. med. D._____, Facharzt für Rheumatologie, vom 2. April 2015 (AB 9.3/7 f.) wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der ... – welche sowohl als Trägerin der obligatorischen Unfallversicherung als auch der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung involviert war (AB 2/3 Ziff. 4.4, 15/5 Ziff. 2.13, 37/3) – am 12. Mai 2015 durch Dr. med. E._____, Facharzt für Rheumatologie sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, begutachtet. In der Expertise vom 18. Mai 2015 (AB 9.2) führte dieser die nachstehenden Diagnosen auf:

- Status nach Kopfanschlag an der Kopfstütze beim Rückwärtsfahren und Heckkollision am 10. Januar 2015 mit/bei:
 - als leicht einzustufendem Anschlagen des Kopfes an der Kopfstütze (keine nennenswerte Retroflexion und keine Anteflexion)
 - MRI der HWS vom 5. Februar 2015: ohne Hinweis auf posttraumatische Veränderung
 - unfallfremder Fehlhaltung und Fehlförmigkeit an der HWS sowie unfallfremder beginnender Diskushernie
 - unauffälliger Neurologie (im Spital F._____ sowie heute)
 - therapieresistenten und langdauernden Beschwerden, die zwei Wochen nach dem Ereignis begonnen haben
 - Schädel-CT mit Kontrastmittel vom 11. Februar 2015: ohne pathologische Befunde (kurzstreckige Stenose der Arteria vertebralis links)
- Verdacht auf beginnende Fibromyalgie bei Nachweis von multiplen Tender-Points
- Insuffiziente Haltung
- Versteckte psychosoziale Problematik oder Schmerzverarbeitungsstörung nicht ausgeschlossen

Er erklärte, dass die subjektiv beklagten Beschwerden eher nicht objektiviert werden könnten. Ausser einigen Tender-Points, die auf eine beginnende Fibromyalgie hinwiesen, hätten keine weiteren Befunde objektiviert werden können. Die Beweglichkeit der oberen und unteren Extremitäten sowie der Wirbelsäule sei teilweise überdurchschnittlich gut. Er gelangte

zum Schluss, dass der Status quo ante rasch und kurz nach dem Ereignis per 20. Januar 2015 erreicht worden sei. Die Beschwerdeführerin hätte ihre leichte, mehrheitlich administrative Arbeit gegen Ende Januar 2015 wieder in vollem Umfang aufnehmen können, sie sei somit per sofort arbeitsfähig. Auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe keine Arbeitsunfähigkeit.

3.1.3 Im Bericht der Klinik I. _____ vom 1. Juni 2015 (AB 9.3/9-12) über eine Untersuchung vom 18. Mai 2015 diagnostizierte der Oberarzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, einen Status nach Verkehrsunfall (Heckkollision beim Rückwärtsfahren) vom 10. Januar 2015 mit kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma mit/bei persistierendem, vorab belastungsabhängigem zerviko-okzipitalem Syndrom. Er empfahl nach einem geplanten Ferienaufenthalt die angestammte Tätigkeit zu 50 % wieder aufzunehmen und die Arbeitsfähigkeit danach sukzessive um jeweils 10 % alle drei Wochen, respektive verlaufsabhängig, zu steigern.

3.1.4 Auf Veranlassung des Hausarztes (AB 9.3/1) war die Beschwerdeführerin vom 3. September bis 14. Oktober 2015 in der Rehaklinik H. _____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 26. Oktober 2015 (AB 32/2-5) wurde in diagnostischer Hinsicht hauptsächlich ein chronisches kranio-zervikales Schmerzsyndrom aufgeführt, bis 21. Oktober 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt und angegeben, der berufliche Wiedereinstieg sei mit einem Pensum von 50 % geplant und bei positivem Verlauf sei eine sukzessive Steigerung der Arbeitsfähigkeit um jeweils 10 % im zweiwöchigen Rhythmus vorgesehen.

In einem weiteren Bericht der Rehaklinik H. _____ über eine Konsultation vom 20. November 2015 (AB 48/4 f.) hielt der Chefarzt PD Dr. med. M. _____, Facharzt für Neurologie, fest, das Pensum habe nicht über 50 % gesteigert werden können, die Schmerzsituation sei eher etwas schlechter als beim Klinikaustritt.

3.1.5 Dr. med. D. _____ berichtete am 1. Februar 2016 (AB 46) über eine deutliche Beschwerdeverbesserung bei noch deutlich verminderter Belastbarkeit. Er vertrat die Ansicht, dass die bisherige Tätigkeit als ... punktuell eingeschränkt (Mobilisation von Patienten bzw. längeres Arbeiten am Computer) aber im Rahmen von fünf bis sechs Stunden täglich noch

zumutbar sei, wobei eine Leistungsminderung von zirka 20 % bestehe. Eine Wiederaufnahme des Vollpensums sei sicher möglich, dies dauere aber noch einige Monate.

3.1.6 Im von der Motorfahrzeughaftpflichtversicherung (AB 11/3 Ziff. 9, 37/4) in Auftrag gegebenen Gutachten der Begutachtungsstelle J. _____ vom 3. März 2016 (AB 49.2) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vermerkt (AB 49.2/1 Ziff. 1):

- Chronisches Zervikovertebralsyndrom
- Myofaszielles Schmerzsyndrom im Nacken-/Schultergürtelbereich
- Diskusprotrusion C5/6 rechtsmediolateral mit Duralsackimplosion und leichter Myelonimplosion ohne klinische Zeichen einer Myelopathie (MRI vom 28. Juli 2015)
- Streckhaltung der HWS mit leichter Kyphosierung C5/6 ohne Hinweis für Instabilität
- Status nach HWS-Akzelerationstrauma mit okzipitalem Aufpralltrauma bei Autounfall am 10. Januar 2015

Die Ärzte erklärten unter anderem, gemäss Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) sei der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als ... mit dem aktuell ausgeübten Pensum von 60 % zumutbar, wobei sie für den ... Unterstützung von Arbeitskolleginnen einfordern sollte (AB 49.2/3 Ziff. 3.2). Eine leidensadaptierte Tätigkeit (leichte bis mittelschwere Arbeit ohne Verrichtungen über Schulterhöhe oder in vorgeneigter Position des Rumpfes für länger als 30 Minuten pro Tag) sei dagegen ganztags zumutbar (AB 49.2/3 Ziff. 3.3). Sie empfahlen aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht die angestammte Tätigkeit im Umfang von 60 % wie bis anhin – ohne eigentlichen ... – weiterzuführen (AB 49.2/4 Ziff. 6.1). In einer alternativen leichten Tätigkeit mit der Möglichkeit der Wechselpositionierung sei rheumatologisch-orthopädisch ebenfalls eine 60%ige Arbeitsfähigkeit mit Steigerungspotential zumutbar (AB 49.2/4 Ziff. 6.2). Von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 75 % sei ab 1. Mai 2016 auszugehen; bei optimalem Verlauf prognostizierten sie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ab 1. August 2016, jedenfalls sei spätestens per Ende 2016 von einer vollständigen Leistungsfähigkeit auszugehen (AB 49.2/4 Ziff. 6.3).

3.1.7 Am 24. März 2016 berichtete Dr. med. D. _____ über einen in den letzten zwei bis drei Monaten gebesserten Gesundheitszustand. Objektiv fänden sich Segmentblockaden der oberen HWS und eine stark

druckdolente Muskulatur im Schulter-/Nackebereich ohne Hinweis auf radikuläre Ausfälle. Die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar, wenn auch mit reduziertem Pensum und leicht reduzierter Leistungsfähigkeit, je nach aktuellem Zustand. Zumutbar seien darüber hinaus noch Arbeiten mit Wechselpositionen, mit Heben von Lasten bis zehn Kilogramm in Einzelfällen, repetitiv nicht über fünf Kilogramm. Die Möglichkeit zur Durchführung von Kurzpausen für Dehnungs- und Lockerungsübungen seien günstig, ebenso das Vermeiden von Überkopfarbeiten (AB 51).

3.1.8 Anlässlich einer Besprechung vom 14. Juni 2016 gelangte die RAD-Ärztin Dr. med. K._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, auf Vorlage der Akten zum Schluss, dass allein aufgrund der objektiven Befunde sowohl in der bisherigen als auch in einer Verweisungstätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe. Auf die im Gutachten der Begutachtungsstelle J._____ vom 3. März 2016 (AB 49.2) bescheinigten Einschränkungen könne nicht abgestellt werden, da sie auf den effektiv gezeigten Leistungen und subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin beruhten. Aufgrund der objektiven Befunde lasse sich jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Da die somatischen Untersuchungsbefunde ausreichend dokumentiert seien und keine psychische Erkrankung vorliege, erübrigten sich weitere Abklärungen (AB 57).

An dieser Auffassung hielt Dr. med. K._____ in ihrem Aktenbericht vom 20. Oktober 2016 (AB 67) fest, nachdem die Beschwerdeführerin mit ihrem Einwand (AB 65/1-7) gegen den Vorbescheid weitere Berichte der behandelnden Ärzte (AB 64/9-14), aufgelegt hatte.

3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern

dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.3 Die angefochtene Verfügung vom 4. November 2016 (AB 68) basiert hauptsächlich auf den Stellungnahmen von Dr. med. K. _____ vom 14. Juni (AB 57) und 20. Oktober 2016 (AB 67). Dass die RAD-Ärztin die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersuchte (Beschwerde S. 8 Ziff. 5), ist nicht zu beanstanden. Denn der gesamte medizinische Verlauf in der Zeit seit dem Ereignis vom 10. Januar 2015 bis zur angefochtenen Verfügung vom 4. November 2016 (AB 68), die den zeitlichen Prüfungshorizont (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 1 38 E. 2.1 S. 140) markiert, ist in den Akten gut dokumentiert (vgl. E. 3.1 hiervor). Die Beschwerdeführerin wurde im ambulanten sowie stationären Setting therapiert, verschiedentlich konsiliarisch untersucht und zweimal begutachtet. Dr. med. K. _____ hatte damit im Wesentlichen einen feststehenden medizinische Sachverhalt zu beurteilen, konnte sich dabei anhand der wesentlichen Vorakten ein lückenloses Bild verschaffen und auf eine eigene klinische Exploration verzichten (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b; Entscheid des Bundesgerichts vom 2. November 2016, 9C_159/2016, E. 3.4 mit Hinweisen). Zwar decken ihre Einschätzungen lediglich die allgemein-internistische Sicht ab (Beschwerde S. 8 Ziff. 5), sie stützte sich aber unter

anderem (AB 57/2. 67/3) auf die Erkenntnisse des rheumatologischen Gutachtens von Dr. med. E. _____ vom 18. Mai 2015 (AB 9.2). Zusammen mit dieser Expertise liegt eine umfassende und in allen Teilen überzeugende Beurteilung vor, welche die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisforderungen erfüllt (vgl. E. 3.2 hiervor) und vollen Beweis erbringt.

3.3.1 Wohl handelt es sich beim Gutachten von Dr. med. E. _____ (AB 9.2), welches sowohl für die Zwecke der Kollektiv-Taggeldversicherung als auch für jene der obligatorischen Unfallversicherung in Auftrag gegeben wurde, um ein solches, das ausserhalb des Invalidenversicherungszweiges und nicht nach den verfahrensrechtlichen Vorgaben von Art. 44 ATSG erstellt wurde. Allein deshalb kann ihm aber nicht der Beweiswert abgesprochen werden, es profitiert lediglich nicht vom rechtsprechungsgemäss erhöhten Beweiswert eines versicherungsexternen Gutachtens im Sinne von Art. 44 ATSG (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1). Dr. med. E. _____ befasste sich eingehend mit dem Hergang des Unfalls vom 10. Januar 2015 und zeigte anhand der Schilderungen der Beschwerdeführerin überzeugend auf, dass es sich dabei um ein vergleichsweise harmloses Ereignis beim Rückwärts-Manövrieren handelte, bei welchem es zu einem einfachen Anstoss des Kopfes an der Kopfstütze kam (AB 9.2/3 f.). Weil biomechanisch keine nennenswerte Retro- bzw. Anteflexion der HWS auftrat (AB 9.2/6) ist nachvollziehbar, dass der Rheumatologe diagnostisch nicht von einem Schleudertrauma der HWS (ICD-10: S13.4) ausging (vgl. dazu: WOLFGANG DIHLMANN, Gelenke - Wirbelerverbindungen, 3. Aufl. 2002, S. 382; JÜRGEN KRÄMER, Orthopädie, 5. Aufl. 1998, S. 299). Des Weiteren setzte sich der Gutachter zwar auch mit den Fragen der natürlichen Unfallkausalität auseinander, die im Gutachten enthaltenen Angaben geben aber durchaus auch Aufschluss über die im Zweig der final konzipierten Invalidenversicherung (vgl. BGE 124 V 174 E. 3b S. 178) relevanten Aspekte. So berücksichtigte er die bildgebend ausgewiesenen degenerativen Veränderungen und die Fehlhaltung bzw. -form der HWS umfassend und gelangte einleuchtend zum Schluss, dass die subjektiv beklagten Beschwerden damit nicht objektiviert werden können, zumal sich klinisch eine normale Wirbelsäulenbewegung zeigte (AB 9.2/6 f.). Das Gutachten der Begutachtungsstelle J. _____ vom 3. März 2016 (AB 49.2) ist nicht geeignet, Zweifel an den Überlegungen

von Dr. med. E. _____ sowie an der ab Ende Februar 2015 medizinisch-theoretisch attestierten uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit (AB 9.2/9 Ziff. 8) zu begründen. Vorab wies Dr. med. K. _____ zutreffend darauf hin, dass sich dieses neuere Gutachten hauptsächlich auf die subjektiven Angaben der Explorandin stützte (AB 57/3). Die geklagte Symptomatik wurde keiner Ätiologie bzw. Pathogenese zugeordnet, mithin fehlt eine mit fachärztlich schlüssig feststellbaren Befunden hergeleitete Erklärung für die Schmerzangaben (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Hinzu kommt, dass der offensichtliche Widerspruch zwischen der postulierten 60%igen Restarbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit (AB 49.2/4 Ziff. 6.2) und der auf Basis der EFL für zumutbar erachteten ganztätigen Tätigkeit leidensadaptierter Arbeiten (AB 49.2/3 Ziff. 3.3) nicht aufgelöst bzw. näher diskutiert wurde.

3.3.2 Dr. med. K. _____ hielt mit Blick auf die medizinische Aktenlage überzeugend fest, dass aus den somatischen Befunden keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abzuleiten ist (AB 57, 67). Wengleich das MRI der HWS vom 5. Februar 2015 auf Stufe C5/6 eine Diskusprotrusion mit beginnender Diskushernie rechts und Beeinträchtigung von C6 (aber ohne Beeinträchtigung des Myelons) zeigte (AB 23/7 f.), ergaben sich keine dazu passenden klinischen Symptome: die zwischenzeitlich aufgetretenen Kribbelparästhesien (AB 9.2/3, 9.3/9, 46/1 Ziff. 1.4) betrafen nicht das Segment der Wurzel C6 (AB 57/3). Dr. med. D. _____ erachtete die Chondrose mit Retrolisthese als nicht «matchentscheidend» (AB 9.3/8) und fand keine Hinweise auf radikuläre Ausfälle (AB 51/1). Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, stellte im Gutachten der Begutachtungsstelle J. _____ neurologisch ebenfalls keine Ausfälle fest und gab an, es fänden sich klinisch keine Zeichen einer Myelopathie (AB 49.2/2 Ziff. 2). Auch PD Dr. med. N. _____, Facharzt für Anästhesiologie, der im Hinblick auf eine geplante Fazetten-Denervation im April und Juni 2016 diagnostische Nervenblockaden durchgeführte (AB 64/9-12), wies auf die fehlenden bildgebenden Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik hin (AB 64/10). Aus dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Befundbericht über ein MRI der HWS vom 2. Februar 2017 (BB 5) vermag die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten abzuleiten: Einerseits wird darin ein Zustand rund drei Monate nach dem hier relevanten Überprü-

fungshorizont dokumentiert (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) und andererseits wird zwar eine im Vergleich zur Voruntersuchung progrediente Osteochondrose und Spondylose C5/6 beschrieben, eine Irritation der Nervenwurzel C6 aber gleichzeitig lediglich als möglich erachtet, was nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) nicht genügt, um daraus eine Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit abzuleiten.

3.3.3 Auch die Berichte von Dr. med. C. _____ sind nicht geeignet den Beweiswert der Schlussfolgerungen der Dres. med. E. _____ (AB 9.2, 57, 67) und K. _____ in Frage zu stellen. Ebenso wie die anderen behandelnden Ärzte sowie der Gutachter Dr. med. L. _____ der Begutachtungsstelle J. _____ orientierte er sich hauptsächlich an den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Die von ihm bescheinigte Arbeitsunfähigkeit bezog sich zudem stets auf die angestammte Tätigkeit, wobei er offenbar unberücksichtigt liess, dass die Beschwerdeführerin im ... aufgrund ihrer Leitungsfunktion vor allem administrativ und nur in Notfällen ... arbeitet (AB 4/3, 9.2/2, 15/7 f. Ziff. 5, 19/1, 37/2, 49.2/9 und 12). Er sah sich überdies ausser Stande, sich zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit zu äussern, da diese Frage seine hausärztlichen Kenntnisse überfordere (AB 9.3/1; vgl. auch AB 64/13 Ziff. 6).

3.3.4 Aus den medizinischen Akten ergeben sich keinerlei Hinweise auf eine psychische Erkrankung, eine solche wird denn auch zu Recht nicht geltend gemacht, zumal die Beschwerdeführerin auch nicht in psychiatrischer Behandlung steht. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) ist ebenso wenig ausgewiesen wie eine HWS-Distorsion (vgl. E. 3.3.1 hiervor). Auch ein äquivalentes psychosomatisches Leiden liegt nicht vor, insbesondere wurde eine beginnende Fibromyalgie lediglich im Sinne einer Verdachtsdiagnose in Betracht gezogen (AB 9.2/7). Bei dieser Ausgangslage ist – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 9 Ziff. 5) – BGE 141 V 281 hier nicht einschlägig und erübrigt sich die Prüfung der entsprechenden Standardindikatoren anhand eines polydisziplinären Gutachtens. Auch für anderweitige zusätzliche Sachver-

haltserhebungen bleibt kein Raum (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

3.4 Nach dem vorstehend Dargelegten besteht in somatischer Hinsicht kein die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden und eine psychische Erkrankung ist ebenso wenig ausgewiesen. Die Beschwerdeführerin verneinte einen Anspruch auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 4. November 2016 (AB 68) folglich im Ergebnis zu Recht. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

4.2 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):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Doppel der Eingabe vom 21. Februar 2017)
 - 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.