

200 16 755 IV  
KNB/JAP/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 16. Juni 2017**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Jakob

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 5. Juli 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1960 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 13. Juli 2014 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Diese stellte ihr mit Vorbescheid vom 21. Dezember 2015 (AB 28) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 31) und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 35) verneinte die IVB mit Verfügung vom 5. Juli 2016 (AB 38) entsprechend dem Vorbescheid einen Anspruch auf Invalidenversicherungsleistungen.

### **B.**

Mit Eingabe vom 26. August 2016 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 7. 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 5. Juli 2016 (AB 38). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere auf eine Invalidenrente.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Er-

werbsmöglichkeit 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 invalidisierenden 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 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; 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 Invali-

ditätsgrad 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** Die angefochtene Verfügung vom 5. Juli 2016 (AB 38) basiert in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf den von der C. \_\_\_\_\_ als Trägerin der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenen Gutachten vom 28. Januar (AB 23.2), 14. August (AB 27.2) sowie 11. September 2015 (AB 27.3).

**3.1.1** Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Facharzt für Rheumatologie, stellte im Gutachten vom 28. Januar 2015 (AB 23.2) die folgenden Diagnosen (AB 23.2/7 f.):

- Lumbovertebrales Syndrom seit zirka drei Jahren mit/bei
  - pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung ins linke Bein seit Juli 2013
  - Diskopathie mit Hydratationsverlust und breitbasiger Protrusion sowie Spondylarthrose im Segment L5/S1 (MRI der Lendenwirbelsäule [LWS] vom 20. März 2014)
  - Anulusriss L5/S1 extraforaminal rechts (dito)
  - Diskusprotrusion L5/S1 intraforaminal rechts (dito)
  - Status nach epiduraler und Fazettengelenksinfiltration L5/S1 am 13. Juni 2014
- Status nach minimalinvasiver dekompressiver Laminektomie L5 und transpedikulärer Spondylodese (am 14. Juli 2014) mit gutem postoperativem Verlauf und Rückgang der pseudoradikulären Schmerzsymptomatik

- Entwicklung von Weichteilrheumatismus im Sinne von generalisierter Fibromyalgie
  - möglicherweise mit psychosozialem Hintergrund
- Status nach bullösem Erysipel am rechten Unterschenkel im November 2010
  - chronisch venöse Insuffizienz
- Arterielle Hypertonie seit acht Jahren
- Status nach Verbrennungsunfall und Lymphödem am Unterschenkel links im Jahr 1978 (gemäss Dokumenten)
- Status nach Neurodermitis am rechten Oberarm im Oktober 2010 (gemäss Akten)

Aus rheumatologischer Sicht erklärte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ insbesondere, die Arbeitsfähigkeit sei hauptsächlich durch die langdauernden Rückenschmerzen (mit Pseudo-Ischialgien links bei bekannter degenerativer Veränderung vor allem im Segment L5/S1 und einem entsprechendem Bandscheibenschaden) beeinflusst worden. Diese Problematik sei durch die Operation vom Juli 2014 behoben worden, wobei eine sehr gute Beweglichkeit der Wirbelsäule habe erreicht werden können. Nach solchen Eingriffen könnten bei entsprechender Belastung möglicherweise gewisse Beschwerden auftreten, was aber kaum Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Aufgrund des sehr guten postoperativen Resultates der Spondylodese dürfe die Beschwerdeführerin als voll arbeitsfähig eingestuft werden. Im Sinne einer vorsichtigen Steigerung der Arbeitsfähigkeit und langsamen Adaption der Belastung empfahl er eine schrittweise Steigerung des gegenwärtigen 25%igen Arbeitspensums (bezogen auf einen Beschäftigungsgrad von 80 %) ab 14. Februar 2015 auf 40 % (von 80 %) bzw. ab 1. März 2015 auf 60 % (von 80 %). Ab 1. April 2015 erreiche die Beschwerdeführerin die volle Arbeitsfähigkeit (AB 23.2/10 Ziff. 7).

**3.1.2** In der bidisziplinären Expertise vom 14. August 2015 (AB 27.3) vermerkte Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, in diagnostischer Hinsicht das Nachstehende (AB 27.3/38 f. Ziff. 6):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne fokal-neurologische Ausfallerscheinungen mit/bei:
  - pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in das linke Bein fluktuierend seit Juli 2013
  - Diskopathie mit Hydratationsverlust und breitbasiger Protrusion sowie Spondylarthrose im Segment L5/S1 (MRI der LWS vom 20. März 2014)

- Anulusriss auf Stufe L5/S1 extraforaminal rechts
  - Diskusprotrusion im Segment L5/S1 intraforaminal rechts
  - Status nach wiederholten epiduralen und Fazettengelenksinfiltrationen L5/S1
2. Status nach minimalinvasiver dekompressiver Laminektomie L5 und transpedikulärer Spondylodese (am 14. Juli 2014)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Störung durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch im Sinne einer iatrogen etablierten Abhängigkeit (ICD-10: F11.25)
2. Status nach bullösem Erysipel am rechten Unterschenkel im November 2010
3. Chronisch-venöse Insuffizienz rechter Unterschenkel, diffuse Schwellung
4. Arterielle Hypertonie seit acht Jahren
5. Status nach Verbrennungsunfall und Lymphödem des linken Unterschenkels 1978
6. Status nach Neurodermitis rechter Oberarm im Oktober 2010 (gemäss Akten)

Der Gutachter attestierte spätestens ab dem Explorationszeitpunkt vom 24. Juli 2015 für eine leidensadaptierte Tätigkeit (mittelschwere Arbeiten ohne langes Stehen, ohne Heben von schweren Gegenständen, ohne Bücken und Zwangshaltungen über einen längeren Zeitraum) eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit, wobei auch die bisherige Tätigkeit dieses Zumutbarkeitsprofil erfülle (AB 27.3/39 Ziff. 7).

**3.1.3** Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, stellte im Gutachten vom 11. September 2015 (AB 27.2) keine Diagnose mit langdauernden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bzw. führte als solche ohne derartige Auswirkungen hauptsächlich die folgenden Diagnosen auf (AB 27.2/6 Ziff. III):

- Chronisches Schmerzsyndrom des Rückens und phasenweise generalisiertes Schmerzsyndrom
  - nicht ausreichend somatisch abstützbar
  - krankheitsfremde Faktoren
  - primäres Fibromyalgie-Syndrom
  - diffuse Druckschmerzangabe
  - Schlafstörungen, Müdigkeit
- Chronisches lumbospondylogenes Syndrom
  - CT-gesteuerte Fazettengelenksinfiltrationen in den Segmenten L4/5 und L5/S1 am 31. März 2014
  - epidurale Infiltration und Fazettengelenksinfiltration L5/S1 von links am 13. Juni 2014

- minimalinvasive dorsale Spondylodese L5/S1 mit T-LIF (Transforaminal Lumbar Interbody Fusion) L5/S1 von links am 14. Juli 2014 wegen Diskopathie mit Hydrationsverlust und breitbasiger Diskusprotrusion, Spondylarthrose und Anterolisthese von 2mm
- Hypermobiler Gelenkscharakter mit Beighton-Score von 7/9
- Laborchemische Hepatopathie
  - Differentialdiagnose: Medikamentennebenwirkung, Alkoholkonsum bei pathologischem CDT-Wert
- Erhöhter Alkoholkonsum dringend anzunehmen
- Anamnestisch Reizmagen-Syndrom

Dr. med. F. \_\_\_\_\_ gelangte zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Beschäftigung als auch in einer Verweisungstätigkeit seit dem Ende der postoperativen Rehabilitationsphase nach dem Eingriff vom 14. Juli 2014 – und damit seit Mitte Oktober 2014 – nicht mehr eingeschränkt sei. Auch für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Ungünstig auf eine erfolgreiche vollständige Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess könnten sich krankheitsfremde Faktoren auswirken (AB 27.2/13).

**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).

**3.3** Die Expertisen der Dres. med. D. \_\_\_\_\_, E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ vom 28. Januar 2015 (AB 23.2), 14. August 2015 (AB 27.3) sowie 11. September 2015 (AB 27.2) erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und erbringen vollen Beweis, weshalb sich die von der Beschwerdeführerin geforderte polydisziplinäre Administrativbegutachtung (Beschwerde S. 10 Ziff. III Art. 9) erüb-

rigt. Die Fachärzte stützen ihre überzeugenden und nachvollziehbaren Beurteilungen auf die wesentlichen Vorakten, die eingehenden klinischen Explorationen sowie die zusätzlichen bildgebenden und labortechnischen Abklärungen (AB 27.2/5 27.4). Zwar ergibt sich vorderhand insoweit eine Divergenz zwischen den beiden rheumatologischen Expertisen der Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_, als der erstere das Erreichen der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit per 1. April 2015 postulierte (AB 23.2/10 Ziff. 7), während der letztere bereits ab Mitte Oktober 2014 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestierte (AB 27.2/13). Beide Fachärzte gingen indes von denselben Diagnosen aus und faktisch nahm auch Dr. med. D.\_\_\_\_\_ an, dass die volle Arbeitsfähigkeit in einem früheren Zeitpunkt erreicht wurde. Wohl verzichtete er auf eine genaue retrospektive Einschätzung, er legte aber klar dar, dass die Beschwerdeführerin mindestens seit dem Explorationszeitpunkt vom 27. Januar 2015 als voll arbeitsfähig eingestuft werden darf und es sich bei dem von ihm vorgeschlagenen stufenweisen Wiedereinstieg um eine nicht medizinisch begründete «sanfte Adaptionsphase» handle (AB 23.2/10 Ziff. 7). Dass die Beschwerdegegnerin zu Gunsten der Beschwerdeführerin entsprechend der Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ erst per 1. April 2015 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung in der bisherigen Tätigkeit annahm (AB 38/1), wirkt sich mit Blick auf den frühestmöglichen Rentenbeginn im Juni 2015 (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVB i.V.m. AB 4 und AB 23.2/5 [Wartezeit] bzw. Art. 29 Abs. 1 IVG i.V.m. AB 1 [Karenzfrist]) aber ohnehin nicht aus. Wie nachfolgend aufgezeigt wird, verfängt die seitens der Beschwerdeführerin gegen die Gutachten erhobene Kritik nicht.

**3.3.1** Soweit die Beschwerdeführerin vorab in formeller Hinsicht rügt, die von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenen Gutachten taugten im Invalidenversicherungsverfahren nicht als alleinige Entscheidungsgrundlage und es hätte ein unabhängiges Gutachten nach dem Zufallsprinzip eingeholt werden müssen (Beschwerde S. 5 Ziff. III Art. 4), ist ihr nicht zu folgen. Zwar hat die IV-Stelle Aufträge für polydisziplinäre Gutachten zwingend (BGE 140 V 507) über das Zuweisungssystem SuisseMED@P zu erteilen (vgl. Art. 72<sup>bis</sup> der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; Rz. 2075 ff. sowie Anhang V des vom Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] herausgegebenen und ab

1. Januar 2010 gültigen Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI]). Diese Rechtsprechung beschlägt indes allein von der IV-Stelle selbst veranlasste versicherungsexterne Gutachten, auf welche die versicherte Person keinen formellen Anspruch hat. Wenngleich die Bereitstellung der medizinischen Entscheidungsgrundlage nach Art. 43 Abs. 1 ATSG in erster Linie Sache des Sozialversicherungsträgers ist, bleibt es der IV-Stelle im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes und des Amtsbetriebs unbenommen – respektive kann es im Rahmen der Verhältnismässigkeit und im Sinne der raschen Verfahrenserledigung sogar geboten sein –, gegebenenfalls auf ein ausserhalb des Invalidenversicherungszweiges erstattetes Gutachten abzustellen. Diesfalls wird dem Umstand, dass die verfahrensrechtlichen Vorgaben gemäss BGE 137 V 210 nicht angewendet wurden, dadurch Rechnung getragen, dass die Expertise im Verfahren der Invalidenversicherung nicht den erhöhten Beweiswert eines versicherungsexternen Gutachtens im Sinne von Art. 44 ATSG genießt. Allein die Tatsache, dass die Beschwerdegegnerin die Gutachten der Krankentaggeldversicherung heranzog und auf das Einholen einer eigenen polydisziplinären Expertise verzichtete, ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden. Wohl erachtete Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in der RAD-Sprechstunde vom 24. Juni 2015 (AB 26) eine Zweitmeinung zunächst als sinnvoll und empfahl – je nach weiterem Verlauf – später eine neurochirurgische Begutachtung durchzuführen. Aufgrund der daraufhin seitens der Krankentaggeldversicherung zusätzlich eingeholten umfassenden Gutachten der Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ (AB 27.2, 27.3) erübrigten sich indes weitere medizinische Abklärungen.

**3.3.2** Auch die sinngemässe Rüge, wonach das bidisziplinär angelegte Gutachten vom 14. August 2015 (AB 27.3) in formeller Hinsicht nicht von einem einzigen Experten hätte verfasst werden dürfen (Beschwerde S. 8 Ziff. III Art. 8), ist nicht stichhaltig. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ war mit seinen zwei Facharztstiteln hinreichend qualifiziert um sowohl den psychischen als auch den neurologischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Dass dabei eine Konsensbesprechung mit anderen Gutachtern sachlogisch entfiel, ist nicht als beweisrechtliches Manko zu werten, vielmehr dürfte das Risiko von sich widersprechenden Einschätzungen geringer sein, wenn ein Experte mehrere Disziplinen abzudecken vermag. Dies

entbindet den Gutachter selbstredend nicht davon, allfällig festgestellte Überschneidungen bzw. Wechselwirkungen aus beiden Fachgebieten transparent zu diskutieren und daraus nachvollziehbare und kohärente Schlüsse zu ziehen.

**3.3.3** Dass auf die von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ angeregte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; AB 27.3/37) in der Folge verzichtet wurde, ist unerheblich (Beschwerde S. 8 Ziff. III Ar. 8). Zwar ist eine EFL allenfalls in Betracht zu ziehen, wenn sich die beteiligten Fachärzte ausser Stande sehen, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen, und deshalb eine konkrete leistungsorientierte berufliche Abklärung als zweckmässige Massnahme ausdrücklich empfehlen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Februar 2013, 9C\_556/2012, E. 5.4). Hier bezog sich die Empfehlung von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ aber auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf dem fachfremden rheumatologischen Gebiet, wobei sich die Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ sehr wohl konkret zum medizinisch-theoretischen Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin zu äussern vermochten.

**3.3.4** Auch inhaltlich überzeugen die von der Taggeldversicherung in Auftrag gegebenen Gutachten. Bezüglich der somatischen Befunde und Diagnosen bestehen keine wesentlichen Differenzen zwischen den als Gutachter bestellten Experten einerseits und den behandelnden Ärzten andererseits. Der Operateur (AB 16/9 f.) Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, ging bereits im August 2014 (AB 18/3 Ziff. 6) von einer langfristigen Einschränkung für die Wirbelsäule stark beanspruchende Tätigkeiten aus (längeres Stehen an Ort, Verrichtungen in gebückter Haltung oder Heben von Gewichten über zehn Kilogramm), was mit dem von den Dres. med. E.\_\_\_\_\_ bzw. F.\_\_\_\_\_ formulierten Zumutbarkeitsprofil (AB 27.2/13, 27.3/39 Ziff. 7) vereinbar ist. Mitte Oktober 2014 berichtete Dr. med. H.\_\_\_\_\_ über eine erhebliche Verbesserung des Zustandes im Vergleich zur früheren postoperativen Untersuchung (AB 21/2 f.). Zwar attestierte er auch in der Folge weiterhin eine Teilarbeitsunfähigkeit, er machte dabei aber klar, dass diese nicht auf einem organisch objektivierbaren Korrelat, sondern einzig auf den subjektiven Schmerzangaben seiner Patientin beruht. So erklärte er im November

2014, er könne die Schmerzursache nicht nachvollziehen, klinisch sei der Wundbereich links längst nicht mehr geschwollen, die LWS-Beweglichkeit sei weder in Inklination noch in Reklination eingeschränkt und radiologisch zeige sich ein einwandfreies Ergebnis (AB 25/8). Im März 2015 dokumentierte er weiterhin eine in allen Richtungen uneingeschränkte LWS-Beweglichkeit sowie ein normales hinkfreies Gangbild (AB 25/6). Es ergaben sich zwar gewisse Hinweise auf eine Affektion des Iliosakralgelenks (ISG; AB 25/6), eine bildgebende Untersuchung vom 28. April 2015 zeigte im Segment L4/5 aber lediglich eine leichte Retrolisthese. Der radiologische Befund lag in derart leichter Ausprägung vor, dass der Zusammenhang mit der Klinik als unklar beschrieben wurde, zumal der streng einseitig vorliegende Schmerz für die Pathologie atypisch sei (AB 25/4). Im Mai 2015 erachtete Dr. med. H.\_\_\_\_\_ die Ursache der Schmerzen wiederum als unklar und bezeichnete eine Überlastung des Segments L4/5 bloss als denkbar (AB 25/2), was in Anbetracht des massgebenden Beweisgrades der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) nicht genügt, um die subjektiven Schmerzangaben durch schlüssig feststellbare Befunde hinreichend zu erklären (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Dass die Schmerzangaben der Beschwerdeführerin gemäss dem behandelnden Neurochirurgen auch noch im Januar 2016 als glaubhaft und konsistent empfunden wurden, ändert nichts an der Tatsache, dass deren Ursache organisch nicht geklärt werden konnte (AB 30/2). Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vermochte keine Aspekte zu benennen, die in den Gutachten der Dres. med. D.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ (AB 23.2, 27.2, 27.3) unberücksichtigt geblieben bzw. geeignet wären, auch nur geringe Zweifel an den überzeugenden Schlussfolgerungen der drei Gutachter zu begründen. Soweit Dr. med. H.\_\_\_\_\_ schliesslich sogar advokatorisch forderte, es sei seiner Patientin eine Teilrente zuzusprechen (AB 30/2), überschritt er seine Kompetenzen, wird der Invaliditätsbegriff doch auch von ererblichen Faktoren bestimmt (vgl. Art. 16 ATSG).

Auch die Berichte des Hausarztes Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (AB 13, 29, 34), vermögen den Beweiswert der vorliegenden Gutachten nicht zu erschüttern. Er «bestätigte» unter anderem, dass es bei versuchten Steigerungen des Arbeitspensums jeweils zu Schmerzexazerbationen kam und der Schmerzmittelkonsum deutlich ge-

steigert werden musste (AB 29/1). Diese Bestätigung kann sich aber selbstredend allein auf die nach dem Gesagten unmassgebende Tatsache beziehen, dass seine Patientin entsprechende Aussagen tätigte, nicht aber auf das subjektive Schmerzerleben an sich. Zudem lassen sich aus dem gesteigerten Medikamentenkonsum keinerlei Rückschlüsse auf die Organizität bzw. Objektivierbarkeit der Beschwerdesymptomatik ziehen, zumal die Pharmakotherapie offensichtlich ohnehin kontraindiziert war und Dr. med. E. \_\_\_\_\_ von einer iatrogenen – also ärztlich verursachten – Medikamentenabhängigkeit ausging (AB 27.3/27). Dass die Beschwerdeführerin nach dem Verlust ihrer Arbeitsstelle den Hausarzt am 29. Februar 2016 notfallmässig konsultierte und er in der Folge ein Burnout nach psychosozialer Belastungssituation (Kündigung) diagnostizierte (AB 34/1), ist invalidenversicherungsrechtlich belanglos. Zum einen handelt es sich um eine unter Z73.0 der ICD-10 zu subsumierende Diagnose, die rechtsprechungsgemäss keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden darstellt (vgl. Entscheid des BGer vom 2. Juni 2015, 9C\_780/2014, E. 4.1.1; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43), zum anderen beschrieb Dr. med. I. \_\_\_\_\_ ein reaktives Geschehen, welches ebenfalls nicht invalidisierend wirkt (vgl. Entscheid des BGer vom 17. Februar 2016, 9C\_668/2015, E. 3). Vor diesem Hintergrund ging Dr. med. G. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 15. April 2016 (AB 35) einleuchtend davon aus, dass die Einschränkungen nach der erfolgten Kündigung keine anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustandes bewirkten.

**3.3.5** Inwiefern die von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ diagnostisch in Betracht gezogene (AB 23.2/8) und von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nach sorgfältiger Diskussion bestätigte (AB 27.2/6 Ziff. III, 27.2/8 Ziff. IV) Fibromyalgie nicht nachvollziehbar sein soll (Beschwerde S. 7 Ziff. III Art. 7), ist nicht ersichtlich und wurde durch die Beschwerdeführerin auch nicht näher dargelegt. Zudem finden sich in den Akten durchaus Anhaltspunkte für den in diesem Kontext erwähnten möglichen psychosozialen Hintergrund (AB 23.2/8). Dr. med. H. \_\_\_\_\_ ging zunächst zwar noch von einem unauffälligen sozialen Umfeld aus und gab an, nichtmedizinische Faktoren seien ihm unbekannt (AB 18/3 Ziff. 7). Im Verlaufsbericht vom 18. November 2014 (AB 25/7 f.) sowie in den nachfolgenden Berichten (AB 25/3-6) erwähnte er als Nebendiagnosen jedoch unter anderem eine Depression und eine psy-

chosoziale Belastung von 2006 bis ins Jahr 2010 (mit Burnout im Jahr 2006). Im Bericht vom 12. Mai 2015 (AB 25/1 f.) wies er auch auf die versicherungstechnischen Probleme hin, welche die Beschwerdeführerin zusätzlich unter Druck setzten, was die Beschwerdeführerin denn auch selbst einräumte (Beschwerde S. 7 Ziff. III Art. 7). Schliesslich führte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ mit der am 29. Februar 2016 erfolgten Kündigung und sofortigen Freistellung einen weiteren psychosozialen Belastungsfaktor auf (AB 34/1).

**3.3.6** Die Beschwerdeführerin stösst sich an der Bemerkung von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, wonach ein erhöhter Alkoholkonsum dringend anzunehmen sei (AB 27.2/7 Ziff. III Ziff. 6), habe sie doch wiederholt ausgeführt, lediglich im normalen Rahmen Alkohol zu trinken (Beschwerde S. 9 Ziff. III Art. 9). Dabei übersieht sie, dass die laborchemische Untersuchung vom 9. September 2015 eine Lebererkrankung sowie einen weit über dem Referenzbereich liegenden CDT-Wert (carbohydrierte deficiente Transferrin) offenbarte (AB 27.4). Weil dieser Labormarker einen exzessiven Alkoholkonsum in den Wochen vor der Bestimmung anzeigt und erhöhte Werte eher auf das tatsächliche Trinkverhalten schliessen lassen als subjektive Aussagen (vgl. SCHMIDT/GASTPAR/FALKAI/GAEBEL [Hrsg.], Evidenzbasierte Suchtmedizin, 2006, S. 29), durfte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ daraus ohne weiteres entsprechende Schlüsse ziehen (AB 27.2/11 Ziff. IV; vgl. zur Invalidität bei Suchtkrankheit: BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2016 IV Nr. 3 S. 7 E. 2.2.1).

**3.3.7** Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 10 Ziff. III Art. 10) besteht schliesslich für die Anwendung der zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze von BGE 141 V 281 – welche insbesondere bei einer Fibromyalgie analog gelten (BGE 139 V 547 E. 2.2 S. 550, 137 V 64 E. 4.2 S. 68, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 132 V 65 E. 4 S. 70) – kein Raum. Denn die Beschwerdeführerin wurde bereits auf rein medizinischer Ebene spätestens ab dem 1. April 2015 als voll arbeitsfähig eingestuft (AB 23.2/10 Ziff. 7) und auch die psychiatrische Diagnose wurde als solche ohne Auswirkung auf die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit qualifiziert (AB 27.3/27, 27.3/39 Ziff. 6.2). Die Beschwerdeführerin nahm im Übrigen – bis auf eine Therapie mit ihren Kindern nach der Schei-

dung – auch nie eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch (AB 27.3/17).

**3.4** Zusammenfassend ist aufgrund der beweiskräftigen Gutachten der Dres. med. D.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ vom 28. Januar 2015 (AB 23.2), 14. August 2015 (AB 27.3) sowie 11. September 2015 (AB 27.2) erwiesen, dass spätestens seit 1. April 2015 sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch im Haushalt eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorliegt. Bei dieser Ausgangslage besteht mit Blick auf den frühestmöglichen Rentenbeginn (vgl. E. 3.3 hiervor) von vornherein kein Anspruch auf eine Invalidenrente und erübrigen sich Weiterungen zur Statusfrage bzw. die Durchführung eines Einkommens- bzw. Betätigungsvergleichs (vgl. zur sog. gemischten Methode: BGE 142 V 290 E. 4 S. 293). Aufgrund der nur vorübergehenden Natur der Einschränkung ist auch eine leistungsspezifische Invalidität für andere Versicherungsleistungen nicht ausgewiesen, womit die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung in der Verfügung vom 5. Juli 2016 (AB 38) zu Recht verneinte. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

#### **4.**

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

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
  - 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.