

200 17 521 IV
SCI/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 5. September 2017

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Fürsprecherin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 1. Mai 2017



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ... und in dieser Tätigkeit bis Juni 2012 – zuletzt im Rahmen eines 60%-Pensums – erwerbstätig, meldete sich im Mai 2011 unter Hinweis auf eine seit ... 2011 bestehende Krebserkrankung (Adenokarzinom der Zervix) mit diversen operativen Eingriffen sowie anschliessender Radio- und Chemotherapie bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdeführerin], [act. II], 1; 11 S. 5; 44 S. 2 f.). Die IVB klärte den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab, zog Berichte behandelnder Ärzte bei und gewährte – nachdem die Tätigkeit als ... in gesundheitlicher Hinsicht als nicht mehr (uneingeschränkt) zumutbar erachtet worden war (act. II 21 S. 2; 28; 51 S. 1) – Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (Arbeitsvermittlung; act. II 30; 34; 36; 41 f.). Im April 2013 trat die Versicherte ein unbefristetes Arbeitsverhältnis als Verkäuferin an (act. II 56 S. 1; 65 S. 4). Aufgrund seit Sommer 2013 zunehmend auftretender Bauchschmerzen (act. II 101.1 S. 20) blieb die Versicherte ab Oktober 2013 der Arbeit fern (Akten der IVB, [act. IIA], 170.1 S. 8). Im Dezember 2013 erfolgte wegen breitflächigen Adhäsionen mit chronischem Darmverschluss („Verwachsungsbauch“) ein operativer Eingriff mit anschliessender Rehabilitation (act. II 68 S. 4 f.) sowie psychiatrischer Behandlung ab März 2014 (act. II 79 S. 2). Nachdem die IVB weitere Berichte der behandelnden Ärzte und ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) sowie eine vom zuständigen Krankentaggeldversicherer bei der Begutachtungsstelle D._____ in Auftrag gegebene rheumatologisch-psychiatrische Expertise vom 20. April 2015 (act. II 101.1) eingeholt hatte, erteilte sie Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining (act. IIA 140). Die von den Eingliederungsfachpersonen im entsprechenden Bericht als möglich erachtete Arbeitsleistung von 2 Stunden täglich (act. IIA 145 S. 2) beurteilte der RAD als nicht nachvollziehbar (act. IIA 149 S. 3), worauf die IVB die Versicherte auf dessen Empfehlung durch die Dres. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Werner F._____, Facharzt für Rheumatologie sowie Physikalische Medizin und

Rehabilitation, bidisziplinär begutachten liess (psychiatrisches Gutachten [act. IIA 170.1] sowie interdisziplinäre Beurteilung [act. IIA 174] vom 30. September 2016 und rheumatologisches Gutachten [act. IIA 173.1] vom 10. Oktober 2016). Mit Vorbescheid vom 15. Dezember 2016 (act. IIA 181) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 23% die Ablehnung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen liess die Versicherte Einwand erheben (act. IIA 183), woraufhin die IVB beim RAD eine Stellungnahme einholte (act. IIA 188). Am 1. Mai 2017 (act. IIA 189) verfügte die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt, wobei sie den Invaliditätsgrad auf 31% festsetzte.

B.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Fürsprecherin B._____, mit Eingabe vom 30. Mai 2017 Beschwerde erheben. Sie stellt den folgenden Antrag:

Die Verfügung der IV-Stelle Kanton Bern vom 1. Mai 2017 sei aufzuheben und die Akten seien zu einem neuen Entscheid in der Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, verbunden mit der Anweisung, vorgängig den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig abzuklären und feststellen zu lassen;

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

In der Begründung macht die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, der Sachverhalt sei in gastroenterologischer Hinsicht zu wenig abgeklärt worden. Nach wie vor bestehe ein sog. Verwachsungsbauch mit chronischen rezidivierenden Darmverschlüssen, welche das tägliche Leben erheblich beeinträchtigten (S. 4 f., Ziffer 10 f.). Entgegen dem RAD-Arzt Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Tropenmedizin und Reisemedizin, hätten die Gutachter Dres. med. F._____ und C._____ – entsprechend ihrer Fachrichtung – die gastroenterologische Problematik gerade nicht in die Beurteilung miteinfließen lassen (S. 5, Ziffer 12 f.). In psychiatrischer Hinsicht sei aufgrund der Aktenlage von einer Therapieresistenz auszugehen; zumindest sei die Frage gutachterlich nicht vertieft abgeklärt worden (S. 7, Ziffer 19). Ferner sei eine Überschneidung der rheumatischen und

psychiatrischen Beschwerden nicht ersichtlich, weshalb eine bloss teiladditive Berücksichtigung der psychiatrischen und rheumatologischen Einschränkungen bei der Bestimmung der Arbeitsfähigkeit – entgegen dem Gutachten der Dres. med. F. _____ und C. _____ – nicht gerechtfertigt sei (S. 8, Ziffer 20). Schliesslich seien die Ergebnisse des Arbeitstrainings – insbesondere die Auswirkungen der Lymphödem-Problematik – im besagten Gutachten ungenügend berücksichtigt worden (S. 8 f., Ziffer 21 ff.).

Mit Beschwerdeantwort vom 30. Juni 2017 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde. In der Begründung macht die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen geltend, die Einschätzung von Dr. med. E. _____ (RAD) beruhe auf einer vollständigen gastroenterologischen Befundlage, weshalb es insoweit keiner ergänzenden Abklärung bedürfe (S. 2, Ziffer 7). Sodann bestehe mit Bezug auf die rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leicht- bzw. mittelgradiger Episode keine Therapieresistenz, nehme die Beschwerdeführerin doch nur alle 2-3 bzw. 3-4 Wochen therapeutische Behandlungen in Anspruch und habe sie die Medikation „aus eigenem Gutdünken“ abgesetzt. Zudem liessen die von Dr. med. C. _____ im Gutachten festgestellten Diskrepanzen den Schluss zu, dass die Beschwerdeführerin aggraviere; insgesamt sei somit im Lichte der höchstrichterlichen Rechtsprechung kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden erstellt (S. 3 f., Ziffer 9), weshalb auch eine Addition der rheumatologisch und psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeiten entfalle (S. 4 f.; Ziffer 11).

Mit Replik vom 17. Juli 2017 und Duplik vom 9. August 2017 halten Beschwerdeführerin und -gegnerin an ihren jeweiligen Rechtsbegehren und Standpunkten fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid 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 Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes 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 1. Mai 2017 (act. IIA 189). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.3 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 Mit Bezug auf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit präsentieren sich die medizinischen Akten im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Im ... 2011 wurde bei der Beschwerdeführerin ein Adenokarzinom der Zervix festgestellt. Es erfolgte eine Hysterektomie mit pelviner Lymphadenektomie, eine Adnexektomie beidseits sowie eine paraaortale Lymphadenektomie mit unterstützender Radio- und Chemotherapie (act. II 11 S. 5). Es wurde ab ... 2011 eine 100%ige, ab Juli 2011 eine 50-70%ige und ab September 2011 eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. II 14.1; 21; 27).

3.1.2 Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 19. Oktober 2011 (act. II 21) fest, der Gesundheitszustand habe sich gebessert (S. 1). Es beständen keine geistigen, jedoch körperlichen Einschränkungen, indem die Beschwerdeführerin nach 6 Stunden Arbeitszeit als ... vermehrt Schmerzen in Bauch, Beckengürtel und Beinen empfinde. Auch das Lymphödem reagiere auf die stehende Arbeit. Insbesondere bei den Bauchdecken sammle sich ein Ödem an (S. 2).

Mit Bericht vom 1. Februar 2013 (act. II 51 S. 1) hielt Dr. med. G._____ fest, als Folge der Eingriffe leide die Beschwerdeführerin nun an einem Lymphödem des linken Beines. Das linke Bein schwellte häufig an und müsse mit entsprechender Physiotherapie wieder behandelt werden. Die Beschwerdeführerin wechsle deshalb den Beruf, da die bisherige rein stehende Tätigkeit als ... ungünstig gewesen sei. Ebenso wenig jedoch sei eine rein sitzende Tätigkeit sinnvoll. Deshalb seien Arbeitsstellen, an denen nur Bürotätigkeiten an einem festen Arbeitsplatz ausgeführt würden, ebenfalls ungünstig. Wünschbar sei eine Tätigkeit, bei der die Beschwerdeführerin jede Stunde die Gelegenheit habe, aufzustehen und etwas herumzugehen.

3.1.3 Mit Bericht vom 23. Mai 2013 (act. II 58 S. 2-6) hielt Dr. med. H._____, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Adenokarzinom der Zervix, ein postoperatives Lymphödem im linken Bein sowie eine depressive Anpassungsstörung fest (S. 2). Ab März 2013 sei eine wechselbelastende Tätigkeit im Umfang von 4-6 Stunden pro Tag zumutbar (S. 6).

3.1.4 Vom 14. bis 19. August 2013 war die Beschwerdeführerin aufgrund eines Dünndarmileus hospitalisiert (act. II 64 S. 4), wobei eine konservative Behandlung erfolgte (act. II 68 S. 4).

3.1.5 Der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ hielt im ärztlichen Bericht vom 8. November 2013 (act. II 63 S. 2 f.) fest, es bestehe eine allgemein verminderte Belastbarkeit, eine erhöhte Ermüdbarkeit sowie Beschwerden wegen Anschwellen des linken Beines beim längeren Stehen. Eine körperlich leichte Arbeit mit Gewichten bis zu 10kg sei zumutbar. Die Tätigkeit sollte wechselbelastend sein, mit möglichst freier Positionswahl. Ein Pensum von mindestens 6 Stunden pro Tag, 5 Tage pro Woche, sei ohne Leistungseinschränkung zumutbar. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes habe sich seit März 2013 nicht eingestellt (S. 3).

3.1.6 Am ... 2013 erfolgte eine ausgedehnte Adhäsiolyse bei breitflächigen Adhäsionen. In der Folge war die Beschwerdeführerin vom ... bis ... zwecks Rehabilitation stationär hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht des ... vom 28. Januar 2014 (act. II 68 S. 4 f.) wurde festgehalten, die Rehabilitation habe sich erfreulich gestaltet und die Beschwerdeführerin habe ihre Leistungsfähigkeit deutlich steigern können (S. 5).

3.1.7 Ab März 2014 erfolgte eine ambulante psychiatrische Behandlung durch das Spital I. _____. Im Bericht vom 14. August 2014 (act. II 79 S. 2 ff.) wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine „Anpassungsstörung, längere depressive Episode, ICD-10 F43.21, auf dem Hintergrund einer veränderten sozialen Situation durch ungenügende familiäre Unterstützung, ICD-10 Z63.2, bei einer bösartigen Neubildung in der Eigenanamnese, ICD-10 Z85“ festgehalten (S. 2). Die Prognose hänge stark von der körperlichen Befindlichkeit der Beschwerdeführerin ab (S. 4). Es beständen körperliche Einschränkungen aufgrund der somatischen Erkrankungen (Zustand nach mehreren Operationen; Lymphflussstau im linken Bein und im Bauch, Verwachsungen im Bauchraum mit einhergehenden Darmilei); sodann verfüge die Beschwerdeführerin über eine eingeschränkte Stresstoleranz. Es bestehe seit dem 31. März 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 5).

3.1.8 Vom bis 2014 war die Beschwerdeführerin aufgrund eines erneuten Dünndarmileus hospitalisiert (act. II 83 S. 7). Die Behandlung erfolgte konservativ (S. 8).

3.1.9 Dr. med. E. _____ (RAD) hielt im ärztlichen Bericht vom 11. September 2014 (act. II 81 S. 2 ff.) fest, der Beruf als ... könne nicht mehr zugemutet werden. Dies gelte seit dem 13. August 2013. Seit dem 29. März 2011 sei diese Tätigkeit noch mit 6 Stunden täglich zumutbar gewesen, mit der Einschränkung, dass nur Lasten bis 10kg hätten gehoben und getragen werden müssen. Eine angepasste Tätigkeit sei bei einem Pensum von 6 Stunden täglich ohne Leistungseinschränkung zumutbar. Dies gelte seit dem 29. März 2011. Zu beachten seien Perioden mit voller Arbeitsunfähigkeit wegen schwerer Krankheit, Operationen, etc. Aktuell betrage die Arbeitsunfähigkeit 100% seit dem 14. August 2013, wegen Ileus, Abmagerung, Operation und psychischen Problemen. Nach einer Steigerungsphase von 3-4 Stunden täglich sollte innerhalb von 1-3 Monaten ein Pensum von 6 Stunden erreicht werden. Eine somatische Begutachtung sei nicht notwendig, da eine angepasste Tätigkeit auf Grund des Beschwerdebildes gut formuliert werden könne und da der weitere Verlauf für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht absehbar sei, auch nicht von einem Gutachter. Somit hänge die Realisierung des Zumutbarkeitsprofils davon ab, ob noch weitere Komplikationen dazu kämen oder ob sich die Situation mit dem Verwachsungsbauch stabilisiere (S. 3). Falls sich weitere Komplikationen einstellten, müsse die Zumutbarkeit einer beruflichen Tätigkeit neu beurteilt werden (S. 4).

3.1.10 Dr. med. J. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 26. September 2014 (act. II 83 S. 1-6), die Beschwerdeführerin habe beim langen Stehen und Sitzen immer wieder Schmerzen im Bein mit starker Schwellung und sei vor allem in stressigen Situationen sehr erschöpft; auch sei die Konzentrationsfähigkeit deutlich schlechter geworden. Die bisherige Tätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar. Mit der Wiederaufnahme einer Tätigkeit im Umfang von 20% könne im November 2014 gerechnet werden (S. 3).

3.1.11 Mit ärztlichem Bericht vom 16. Januar 2015 (act. II 94 S. 2 f.) hielt der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ fest, aktuell scheine das Pensum von 4

Stunden täglich, 5 Tage die Woche, mit normaler Leistung, das „Optimum des Erreichbaren“ zu sein. Eine Steigerung auf 6 Stunden sei nicht möglich, da die Beschwerdeführerin nicht beschwerdefrei sei und wegen des Untergewichts und der Mangelernährung sowie den Problemen mit dem Verwachsungsbauch an erhöhter Ermüdbarkeit und verminderter Belastbarkeit leide (S. 2).

3.1.12 Im Gutachten der Begutachtungsstelle D._____ vom 20. April 2015 (act. II 101.1) wurden im Wesentlichen die folgenden Diagnosen festgehalten (S. 39 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Anhaltende schwere psychophysische Erschöpfung bei:

- Status nach Adenokarzinom der Zervix
- Mindestens mittelgradiger, eher schwerer depressiver Episode, ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.1/F32.2) bei primären Belastungen aufgrund der limitierenden somatischen Erkrankung

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Radiologisch beginnende Coxarthrose links
- Unverträglichkeit betreffend verschiedener NSAR und Tramal
- Anfang 2000: Dreimalige Operationen bei wiederholten OSG-Distorsionen
- Januar 2011: Vordere Kreuzbandruptur links mit kleiner, begleitender Spongiosafraktur an der latero-dorsalen Tibia

In der Beurteilung hielten die Gutachter fest, die Beschwerdeführerin müsse ausgehend von der medizinischen Vorgeschichte, d.h. basierend auf der Tatsache, dass sie seit April 2010 mehreren, z.T. komplikationsreichen operativen Eingriffen unterzogen worden sei, darüber hinaus wiederholte Phasen mit Subileus aufgewiesen habe, ferner unter anderem unter relevanten, behandlungsbedürftigen psychischen Beschwerden gelitten habe und zumindest vor dem letzten Eingriff vom Dezember 2013 sich in einem bedenklichen Ernährungs- und Allgemeinzustand befunden habe, als Hochrisikopatientin für verzögerte Erholung und Erreichung der Funktionsfähigkeit vor dem Hintergrund der somatischen Pathologien betrachtet werden. Zudem bestehe eine chronische Schmerzsituation, welche multifaktoriell, jedoch primär vor dem Hintergrund von somatischen Faktoren entstanden sei und welche die Funktionsfähigkeit und die Reintegration der Beschwerdeführerin relevant beeinträchtige (S. 38).

Die bisherige Tätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar (S. 42 und 46). Sitzende bzw. körperlich leicht belastende Tätigkeiten seien nach Erreichung der psychischen Stabilität im Sinne einer stufenweisen Reintegration schliesslich mit einem 100%-igen Pensum (abhängig von der Besserung der psychischen Störung) zumutbar (S. 43 und 46).

3.1.13 Der RAD-Arzt Dr. med. E._____ führte am 12. Mai 2015 aus (act. II 102), das Gutachten könne nicht überzeugen. Weder ein Internist, ein Gastroenterologe noch ein Gynäkologe habe Stellung genommen. Die psychiatrische Diagnose „psychophysischer Erschöpfungszustand“ sei zwar verständlich, könne aber so nicht codiert werden und entspreche keiner anerkannten psychiatrischen Diagnose. Unklar sei auch die Aussage zur Arbeitsfähigkeit (S. 1).

Mit ärztlichem Bericht vom 1. Juli 2015 (act. IIA 111 S. 3) hielt er dann hingegen fest, die Beschwerdegegnerin könne sich auf das Gutachten der Begutachtungsstelle D._____ abstützen. Demnach sei die Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit sei mit vollem Pensum bei rezidivfreiem Verlauf des Zervixkarzinoms nach erfolgreicher psychiatrischer Behandlung zu 100% zumutbar.

3.1.14 Dr. med. Markus K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 24. August 2015 (act. IIA 120) als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie einen ausgedehnten Verwachsungsbauch im Rahmen von wiederholten abdominellen Eingriffen nach einem Adenokarzinom der Zervix fest (S. 1). Die Behandlung habe am ... 2015 begonnen und erfolge alle 14 Tage in Form einer ambulanten integrierten psychiatrischen Therapie; eine psychiatrische Medikation erfolge aktuell nicht. Durch den ausgedehnten Verwachsungsbauch und das chronische Lymphödem beständen chronische Schmerzen, namentlich beim Tragen von schweren Gewichten oder bei längeren Tätigkeiten im Stehen. Ferner beständen Konzentrationsschwierigkeiten, Kraftlosigkeit, leichte Erschöpfbarkeit und Stressintoleranz (S. 2).

Mit Bericht vom 14. Februar 2016 (act. IIA 144 S. 2 f.) hielt Dr. med. K._____ fest, der Verlauf sei stationär. Der Arbeitsversuch im Rahmen

des Belastbarkeitstrainings (vgl. act. IIA 145) sei abgebrochen worden. Es seien nur noch sehr leichte Tätigkeiten in stressfreier Umgebung von 2-2,5 Stunden pro Tag zumutbar (S. 3).

3.1.15 Dr. med. J._____ berichtete am 4. März 2016 (act. IIA 147), die Beschwerdeführerin könne aufgrund des Lymphödems nicht länger als 2 Stunden pro Tag arbeiten (S. 3).

3.1.16 Der RAD-Arzt Dr. med. E._____ hielt im ärztlichen Bericht vom 14. März 2016 (act. IIA 149 S. 3) fest, die von der Hausärztin (Dr. med. J._____) und vom behandelnden Psychiater (Dr. med. K._____) attestierte geringe Arbeitsleistung könne objektiv nicht nachvollzogen werden, weshalb eine Begutachtung erforderlich sei.

3.1.17 Vom ... bis 2016 erfolgte im Rahmen einer stationären Hospitalisierung aufgrund einer störenden Narbe nach medialer Laparotomie sowie einer chronischen Subileus-Symptomatik ein weiterer operativer Eingriff (act. IIA 173.2).

3.1.18 Im bidisziplinären rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten der Dres. med. F._____ und C._____ wurden im Wesentlichen die folgenden Diagnosen festgehalten (act. IIA 173.1 S. 38 ff.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Lymphödem an beiden Beinen, aktuell vor allem links
- Adenokarzinom der Zervix
- Rezidivierender Dünndarmileus bei Verwachsungsbauch
- Rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Status nach mehreren Operationen am rechten Unterschenkel wegen Knochenzysten und Neurombildung nach 1990
- Status nach Sectio caesarea
- Vordere Kreuzbandruptur, bestehend seit 3. Januar 2011
- Status nach Sehnenoperationen an den Handgelenken beidseits, bei Fibrose nach Schwangerschaft, aktenanamnestisch
- Medikamenten-Allergien
- Substitution mit Vitamin B12, Vitamin D und Zink
- Hypermobilität
- Verdacht auf Dysfunktion des Beckenringes und des linken Iliosakralgelenkes
- Muskeldeconditionierung und Dysbalance

- Aktenanamnestisch Status nach Lupus erythematodes mit 20 Jahren, aktuell diesbezüglich klinisch unauffällig
- Akzentuierte Persönlichkeitszüge

Dr. med. F. _____ hielt fest (act. IIA 173.1), aus rein rheumatologischer Sicht liege am Bewegungsapparat keine relevante Pathologie vor. Rein rheumatologisch imponiere vordergründig das Bild einer Schmerzstörung am linken Bein. Allerdings sei zu betonen, dass wegen der Lymphstauung am linken Bein eine sitzende Tätigkeit nicht zumutbar sei. Zwecks Abpumpen der Lymphe im linken Bein benötige die Beschwerdeführerin Bewegung, bei gleichzeitigem Tragen von hohen Kompressionsstrümpfen. Sie sollte auch die Möglichkeit haben, mehr Pausen machen zu können, um das Bein hoch zu lagern. Dann benötige sie zweimal wöchentlich Zeit, um die Lymphdrainagemassage besuchen zu können. Das zumutbare Arbeitspensum, bei voller Leistungsfähigkeit liege bei 70%, unter der Voraussetzung, dass die Arbeit adaptiert sei. Es sollte sich dabei um eine leichte Arbeit mit Wechselbelastung handeln, wo die Möglichkeit bestehe, sich zwischendurch bewegen zu können, wie auch das Bein zwischendurch hoch zu lagern. Die bisherige Tätigkeit als ... sei seit Januar 2011 nicht mehr zumutbar (S. 46).

In der Diskussion und versicherungsmedizinischen Würdigung (act. IIA 170.1) hielt der psychiatrische Gutachter Dr. med. C. _____ fest, aufgrund der Beschwerden von Seiten der rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode, insbesondere der schnelleren Ermüdbarkeit, der oft bedrückten Stimmung, einer gewissen Verlangsamung des Arbeitstempos, der Stressintoleranz sowie der Versagensängste und der zeitweiligen Schweissausbrüche, lasse sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer alternativen Tätigkeit von 20% begründen; dabei sei eine gewisse gleichzeitige Verminderung der Leistungsfähigkeit mitberücksichtigt. Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe aus rein psychiatrischer Sicht seit der Diagnosestellung und der Behandlung des Zervixkarzinoms im Jahre 2011 Gültigkeit. Dabei handle es sich um eine gemittelte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20%, zwischendurch sei es auch zu einer vorübergehenden Verbesserung und zeitweise auch zu einer vorübergehenden Verschlechterung der Beschwerden gekommen (S. 18). Als

Ursache der depressiven Störung sei einerseits das im Jahre 2011 diagnostizierte und behandelte Zervixkarzinom und andererseits die unter anderem damit in Zusammenhang stehenden abdominalen Verwachsungen und Komplikationen, respektive der deswegen bis heute erfolgten fünf operativen Eingriffe, zu nennen. Darüber hinaus seien in ursächlicher Hinsicht auch die intermittierend auftretenden Schmerzen insbesondere im Zusammenhang mit dem Lymphödem im linken Bein zu erwähnen (S. 16).

Interdisziplinär bzw. gesamtmedizinisch sei teiladditiv von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 40% auszugehen (act. IIA 174).

3.1.19 In der Stellungnahme vom 28. März 2017 (act. IIA 188) hielt der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ zum Vorbringen der Beschwerdeführerin, im Gutachten fehle eine gastroenterologische Beurteilung (act. IIA 183 S. 3), fest, aufgrund der vorliegenden Arztberichte und der auch kürzlich erfolgten zahlreichen Abklärungen auf gastroenterologischem Gebiet könne jeder somatisch orientierte Arzt die daraus folgenden Einschränkungen und Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beurteilen. Die aus somatischen Gründen bedingte Reduktion der Erwerbsfähigkeit um 30% resultiere unter anderem auch aus dem vermehrten Pausenbedarf bei Bauchbeschwerden. Eine darüber hinausgehende stärkere Einschränkung der Erwerbsfähigkeit könne gemäss dem Gutachter nicht attestiert werden, was nachvollziehbar sei. Fachspezifische weitere Abklärungen auf gastroenterologischem Gebiet könnten nicht empfohlen werden, da die medizinische Situation aufgrund fachärztlicher Berichte gut eingeschätzt werden könne. Insgesamt könne auf das im Gutachten formulierte Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden (act. IIA 188 S. 3).

3.2

3.2.1 Im Sozialversicherungsverfahren gelten der Untersuchungsgrundsatz sowie der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Der rechtserhebliche Sachverhalt ist von Amtes wegen unter Mitwirkung der Versicherten respektive der Parteien zu ermitteln. In diesem Sinne rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. Der Verzicht auf weitere Abklärungen verletzt

etwa dann Bundesrecht, wenn der festgestellte Sachverhalt unauflösbare Widersprüche enthält oder wenn eine entscheidungswesentliche Tatfrage, wie namentlich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person, auf unvollständiger Beweisgrundlage beantwortet wird (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 23. Februar 2017, 8C_344/2016, E. 2.1).

3.2.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Die Beschwerdegegnerin verneinte in der angefochtenen Verfügung vom 1. Mai 2017 (act. IIA 189) einen Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 31%. Für die Berechnung des Invaliditätsgrades stützte sie sich auf das bidisziplinäre rheumatologisch-psychiatrische Gutachten der Dres. med. F._____ und C._____ (act. IIA 173.1, 170.1; 174) sowie die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. E._____ vom 28. März 2017 ab (act. IIA 188). Dabei ist unter den Parteien unbestritten, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als ... dauerhaft eingeschränkt ist. Uneinigkeit besteht demgegenüber hinsichtlich der Frage der Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.

3.4 Die Beschwerdeführerin beanstandet, die Beschwerdegegnerin habe das Problem der chronischen rezidivierenden Darmverschlüsse zu wenig berücksichtigt bzw. der Sachverhalt erweise sich in gastroenterologischer Hinsicht als ungenügend abgeklärt.

3.4.1 Nach der Aktenlage steht fest, dass die Beschwerdeführerin während des gesamten Beurteilungszeitraums bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 1. Mai 2017 insbesondere an Bauchschmerzen litt und diesbezüglich aufgrund mehrerer Dünndarmverschlüsse wiederholt – zuletzt im ... 2016 – Hospitalisierungen mit operativen Eingriffen notwendig waren (act. II 64 S. 4; 68 S. 4 f.; 83 S. 7; act. IIA 173.2). Die Beschwerdeführerin gab im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung durch Dr. med. F. _____ denn auch an, das „grosse Problem“ seien die Schmerzen im Oberbauch (act. IIA 173.1 S. 24). Der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ korrigierte im Verlauf der sachverhaltlichen Abklärungen durch die Beschwerdegegnerin insbesondere aufgrund der Situation mit dem Verwachsungsbauch und der wiederholten Darmverschlüsse sowie der damit einhergehenden Komplikationen das zumutbare Leistungsvermögen nach unten (vgl. act. II 63 S. 3; 81 S. 3; 94 S. 2). Der Gutachter Dr. med. F. _____ listete die rezidivierenden Dünndarmilei bei Verwachsungsbauch unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (act. IIA 173.1 S. 38), hielt jedoch weiter fest, um die Bauchschmerzen als Gutachter zu beurteilen, habe er nicht die nötige fachliche Kompetenz; es erscheine jedoch nachvollziehbar, dass nach so vielen operativen Eingriffen mit narbigen Veränderungen dadurch schmerzhafte Motilitätsstörungen mit rezidivierendem Dünndarmileus entstehen könnten. Möglicherweise spielten bei diesen klar ausgewiesenen mechanischen Bauchschmerzen zusätzlich noch funktionelle Beschwerden im Sinne eines Colon irritabile eine Rolle (vgl. S. 35).

Unter diesen Umständen erweist sich die Kritik der Beschwerdeführerin als berechtigt: Dr. med. F. _____ verfügt weder über den Facharztstitel des Gastroenterologen noch über jenen des Chirurgen. Konsequenterweise hat er selber auf seine fehlende fachärztliche Kompetenz hingewiesen, zur Frage Stellung zu nehmen, ob und wenn ja in welchem Ausmass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten – seiner Auffassung nach im Übrigen klar ausgewiesenen – Bauchschmerzen funktionelle Einschränkungen mit Bezug auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zeitigen. Dass im Rahmen dieser Begutachtung in somatischer Hinsicht (erneut) allein eine rheumatologische Untersuchung erfolgte, erstaunt denn auch

insofern, als bereits im Vorfeld der Begutachtung in der Begutachtungsstelle D._____ dasselbe Vorgehen seitens der damaligen Gutachter kritisiert und geltend gemacht wurde, es erscheine fraglich, inwieweit die Rheumatologie wesentlich zur Klärung der gesundheitlichen Probleme und der daraus resultierenden möglichen Folgen für die Funktionsfähigkeit der Beschwerdeführerin beitragen könne (vgl. act. II 100 S. 2). Der RAD hat das Gutachten nach dessen Vorliegen denn auch (zunächst) als nicht verwertbar erklärt (vgl. act. II 102).

Indem im Lichte der medizinischen Aktenlage sowohl der Verwachsungsbauch als auch die rezidivierenden Dünndarmilei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (seit jeher) potentiell einschränken, das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. F._____ und C._____ eine entsprechende fachärztliche Einschätzung jedoch nicht bieten kann – worauf der Gutachter lege artis hingewiesen hat –, ist die Expertise in somatischer Hinsicht für die streitigen Belange nicht umfassend und somit nicht beweiswertig (vgl. E. 3.2.2 vorne). Zu klären bleibt, ob eine Beurteilung in Kombination mit oder allein gestützt auf die weiteren Arztberichte möglich ist. Auch dies ist zu verneinen:

3.4.2 Nachdem die Beschwerdeführerin bereits im Vorbescheidverfahren eine ungenügende Abklärung in gastroenterologischer Hinsicht geltend gemacht hatte (vgl. act. IIA 183 S. 3), holte die Beschwerdegegnerin beim RAD-Arzt Dr. med. E._____ eine Stellungnahme ein. Soweit er darin postuliert, aufgrund der zahlreichen Abklärungen auf gastroenterologischem Gebiet könne jeder somatisch orientierte Arzt die daraus resultierende Arbeitsfähigkeit beurteilen (vgl. act. IIA 188 S. 3), steht dies in Widerspruch zu seiner bereits erwähnten – an sich berechtigten (vgl. E. 3.4.1 vorne) – Kritik vom 12. Mai 2015 (act. II 102 S. 1) am Gutachten der Begutachtungsstelle D._____ (act. II 101.1), mit welcher Dr. med. E._____ damals geltend machte, die Expertise vermöge nicht zu überzeugen, da weder ein Internist, ein Gastroenterologe noch ein Gynäkologe Stellung genommen habe. Dass er sich im ärztlichen Bericht vom 1. Juli 2015 (act. IIA 111 S. 3) auf den gegenteiligen Standpunkt stellte, wonach auf das Gutachten der Begutachtungsstelle D._____ abgestellt werden könne, ändert an

diesem Widerspruch nichts, begründete Dr. med. E. _____ doch nicht weiter, warum nunmehr und entgegen seiner ursprünglichen Auffassung auf die als notwendig erachteten fachärztlichen Abklärungen verzichtet werden könnte. Sodann lässt sich seine Einschätzung, wonach die von den Gutachtern attestierte Reduktion der Erwerbsfähigkeit um 30% auch aus dem vermehrten Pausenbedarf wegen der Bauchschmerzen resultiere, aufgrund des Gutachtens von Dr. med. F. _____ nicht nachvollziehen: Wie in E. 3.4.1 vorne dargelegt, hat der Rheumatologe explizit gerade keine gutachterliche Beurteilung der Bauchschmerzen vorgenommen. Die 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit begründete er ausschliesslich mit der Lymphstauung im linken Bein (vgl. act. IIA 173.1 S. 46); eine gastroenterologische bzw. chirurgische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fand nach dem Dargelegten nicht statt. Unter diesen Umständen überzeugt die Einschätzung von Dr. med. E. _____, welcher seinerseits nicht über die entsprechenden Facharztstitel verfügt, nicht und sie lässt sich auch nicht anhand der übrigen im Recht liegenden Akten – namentlich auch nicht gestützt auf das Gutachten der Begutachtungsstelle D. _____ vom 20. April 2015 (act. II 101.1) – hinreichend nachvollziehen, liegt doch Letzterem ebenso wenig eine gastroenterologische bzw. chirurgische Untersuchung zugrunde. Zudem fehlt im nämlichen Gutachten eine hinreichend klare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit. Ergeben die Akten somit kein vollständiges Bild hinsichtlich des (fach)medizinischen Sachverhalts, kann auf die gestützt darauf erfolgte (rein aktenmässige) Beurteilung des RAD-Arztes nicht abgestellt werden.

3.4.3 Ferner erlauben auch die Ergebnisse des vom 9. November 2015 bis 7. Februar 2016 durchgeführten Belastbarkeitstrainings keine zuverlässige Beurteilung: Zwar ist nach der Rechtsprechung den Erkenntnissen der Eingliederungsfachpersonen im Rahmen von beruflichen Abklärungen bezüglich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eine gewisse Aussagekraft zuzuerkennen. Solche Berichte basieren in der Regel jedoch nicht auf vertieften medizinischen Untersuchungen, sondern auf berufspraktischen Beobachtungen, welche in erster Linie die von ihnen erhobene, subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben. Die Frage nach der Ursache von Beschwerden und der daraus

resultierenden Einschränkungen lässt sich gestützt darauf nicht restlos beantworten (vgl. Entscheid des BGer vom 16. März 2017, 9C_646/2016, E. 4.2.2). Vorliegend verhält es sich nicht anders, basiert die Einschätzung der Eingliederungsfachpersonen, wonach allein eine Tätigkeit von 2 Stunden täglich möglich sei (vgl. act. IIA 145 S. 2), auf dem tatsächlich gezeigten und nicht dem medizinisch zumutbarerweise möglichen, invalidenversicherungsrechtlich allein massgebenden Leistungsniveau. Soweit die behandelnden Ärzte die Einschätzungen der Eingliederungsfachpersonen auch ihren Beurteilungen zu eigen machten (vgl. act. IIA 144 S. 3; 147 S. 3), kann dem deshalb – wie Dr. med. E._____ im ärztlichen Bericht vom 14. März 2016 insoweit überzeugend festhielt (act. IIA 149) – nicht gefolgt werden.

3.5 Mit Blick auf die bereits aus somatischer Sicht notwendigen Abklärungen ist schliesslich in psychischer Hinsicht auf das Folgende hinzuweisen: Im psychiatrischen Gutachten vom 30. September 2016 (act. IIA 170.1) diagnostizierte Dr. med. C._____ eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode und attestierte eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten wie auch in einer den Leiden angepassten Tätigkeit (S. 24). Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, mit Bezug auf die depressive Störung liege keine Therapieresistenz vor, weshalb eine psychisch bedingte Invalidität im Rechtssinne nicht erstellt sei. Zudem macht sie in der Beschwerdeantwort geltend, es liege eine Aggravation vor, welche gleichermassen das Ausserachtlassen der psychiatrisch attestierten Einschränkung rechtfertige.

3.5.1 Nach der Rechtsprechung wird bei leichten bis mittelschweren Störungen aus dem depressiven Formenkreis, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, grundsätzlich angenommen, dass – aufgrund der nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung regelmässig guten Therapierbarkeit – hieraus keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert. Dementsprechend fehlt es leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen, solange sie therapeutisch angebar sind, an einem hinreichenden Schweregrad der Störung, um diese als invalidisierend anzusehen (vgl. Entscheid des BGer vom 6. Juli 2017, 8C_222/2017, E. 5.2). Diese Rechtsprechung gilt jedoch

nicht absolut: So kann auch eine leichte depressive Episode im Einzelfall die Arbeitsfähigkeit unter anderem dann erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden – wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung – auftritt (Entscheid des BGer vom 4. August 2017, 8C_35/2017, E. 3.1 f.). Gleiches muss dann gelten, wenn sich eine psychische Störung bzw. eine (leichte) Depression auf dem Boden einer schweren somatischen Krankheit entwickelt hat und Letztere die Therapierbarkeit des psychischen Leidens erschwert oder gar verunmöglicht.

3.5.2 Sowohl Dr. med. C._____ wie auch die Gutachter der Begutachtungsstelle D._____ verorteten die Ursache der rezidivierenden depressiven Störung im Wesentlichen im durchgemachten Adenokarzinom der Zervix sowie in den damit einhergehenden Komplikationen und diversen operativen Eingriffen (vgl. act. II 101.1 S. 38; act. IIA 170.1 S. 16). Aufgrund der Akten steht zwar fest, dass die Beschwerdeführerin allein eine niederschwellige Therapie für die Behandlung der als aktuell leicht eingestuften Depression in Anspruch nimmt (vgl. act. IIA 120 S. 2; 170.1 S. 17). Allerdings hielt Dr. med. C._____ im Gutachten fest, von einer Vernachlässigung oder Nichtinanspruchnahme therapeutischer Optionen könne nicht ausgegangen werden (S. 24); gleichzeitig postulierte er, dass die Weiterführung der Gesprächsbehandlung sowie – darüber hinaus – die Verordnung eines Antidepressivums zu empfehlen sei und hiervon eine Stabilisierung und auch eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes erwartet werden könne (S. 20).

Zur Frage, inwieweit hiervon bzw. vor dem Hintergrund der somatischen Problematik eine Besserung des psychischen Gesundheitszustandes zu erwarten ist, äussert sich der Gutachter Dr. med. C._____ nicht in einer den beweismässigen Anforderungen genügenden Weise. Soweit die Beschwerdegegnerin deshalb gestützt auf dessen allein monodisziplinäre Einschätzung unter Hinweis auf die fehlende Therapieresistenz des psychischen Leidens die rechtliche Relevanz der aktuell leichtgradigen depressiven Episode verneint hat, lässt sich dieser Schluss aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten – insbesondere auch in Anbetracht der in somatischer Hinsicht nicht hinreichenden Entscheidungsgrundlagen – nicht

zuverlässig ziehen. Damit bedarf auch die Frage nach der Therapierbarkeit des psychischen Leidens weiterer Abklärung.

3.6 Indem die Beschwerdegegnerin entscheidungswesentlich auf die den beweismässigen Anforderungen (vgl. E. 3.2.2 vorne) nicht genügenden, allein bidisziplinären Abklärungen der Dres. med. F._____ und C._____ (act. IIA 173.1; 170.1; 174) sowie die bloss auf den Akten basierenden Einschätzungen des RAD-Arztes Dr. med. E._____ in der Stellungnahme vom 28. März 2017 (act. IIA 188 S. 3) abgestellt und auf weitere Abklärungen verzichtet hat, verletzte sie den Untersuchungsgrundsatz (vgl. E. 3.2.1 vorne). Die medizinischen Berichte erweisen sich demnach vorab hinsichtlich der Frage, ob und wenn ja inwieweit die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Bauchbeschwerden das funktionelle Leistungsvermögen beeinflussen, als unvollständig. In psychischer Hinsicht wird insbesondere unter dem Aspekt der Therapierbarkeit abzuklären sein, ob und wenn ja inwieweit eine (medikamentöse) Behandlung vor dem Hintergrund der somatischen Problematik möglich und im Hinblick auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zielführend ist. Mithin bedarf der Sachverhalt weiterer medizinischer Abklärung in Form eines polydisziplinären Gutachtens, wobei nach Vervollständigung der medizinischen Akten insbesondere die gastroenterologische, chirurgische, onkologische, psychiatrische und – mit Blick auf die in der Vergangenheit stattgehabten diversen Verletzungen am Bewegungsapparat (vgl. act. II 101.1 S. 40; 173.1 S. 39 f.) – die orthopädische (oder rheumatologische) Fachrichtung zu berücksichtigen sein wird.

3.7 Zusammenfassend ist in Gutheissung der Beschwerde die Verfügung vom 1. Mai 2017 aufzuheben und die Sache antragsgemäss an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch neu verfüge.

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.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2

4.2.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61).

4.2.2 Mit am 18. Juli 2017 eingereichter und nicht zu beanstandender Kostennote hat Fürsprecherin B. _____ ein Honorar von Fr. 3'000.-- (12 Stunden à Fr. 250.--), Auslagen von Fr. 62.-- und die Mehrwertsteuer (MWSt) von Fr. 244.95 geltend gemacht. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 3'306.95 (inkl. Auslagen und MWSt) festgesetzt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 1. Mai 2017 aufgehoben und die Akten werden an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – über den Rentenanspruch neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird der Beschwerdeführerin nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'306.95 (inkl. Auslagen und MWSt), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecherin 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.