

200 17 55 IV
KOJ/LUB/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. Juli 2017

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. Januar 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1975 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wurde am 8. Oktober 2015 durch die C. _____ mit Hinweis auf eine unfallbedingte HWS-Distorsion bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung gemeldet (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Nachdem die IVB die Akten der C. _____ eingesehen hatte, forderte sie die Versicherte zur Anmeldung zum Leistungsbezug auf (AB 4). Dem kam die Versicherte am 20. Oktober 2015 nach (AB 5). In der Folge tätigte die IVB erwerbliche sowie medizinische Erhebungen und unterbreitete die eingeholten medizinischen Akten dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme (AB 34). Mit Vorbescheid vom 26. September 2016 (AB 36) stellte sie der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege. Nach erhobenem Einwand (AB 41, 45) holte die IVB eine weitere Stellungnahme des RAD ein (AB 47 S. 2 f.) und erliess am 9. Januar 2017 eine dem Vorbescheid entsprechende Verfügung (AB 48).

B.

Mit Eingabe vom 19. Januar 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde. Sie beantragte, die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 9. Januar 2017 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei an die Beschwerdegegnerin zur Neu beurteilung zurückzuweisen.

Mit Eingabe vom 16. Februar 2017 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht des Spitals D. _____, vom 20. Januar 2017 zu den Akten.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 17. März 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 30. März 2017 nahm die Beschwerdeführerin unaufgefordert zur Beschwerdeantwort Stellung, worauf die Beschwerdegegnerin mit Stellungnahme vom 5. April 2017 an ihrem Antrag festhielt.

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 9. Januar 2017 (AB 48). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Abklärung des Sachverhalts.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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 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 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Eingliederungsmassnahmen bestehen nach Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG unter anderem in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe) im Sinne von Art. 15 ff. IVG.

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelrente.

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren

sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Am 24. Februar 2015 wurde eine MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule (HWS) durchgeführt. In der Beurteilung führte Dr. med. E._____, Facharzt für Radiologie aus, es bestehe weder eine signifikante Bandscheibenprotrusion oder ein Prolaps noch eine Neurokompression. Es liege eine reguläre Darstellung des Myelons vor. Der Spinalkanal sei ausreichend weit (AB 2.3 S. 41).

3.1.2 Der Hausarzt Dr. med. F._____, Facharzt für Innere Medizin, hielt im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 8. März 2015 (AB 2.3 S. 37 – 39) fest, bei der Patientin seien sofort nach dem Unfall Nackenschmerzen und Schwindel, nicht aber Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Hör-, Seh- und Schlafstörungen aufgetreten (S. 38). Der MRI-Befund sei altersentsprechend. Es lägen ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma Grad I und differentialdiagnostisch eine Prellung der Schulter links vor. Die Patientin sei vom 2. Februar 2015 bis auf Weiteres arbeitsunfähig (S. 39).

3.1.3 Im Bericht der Klinik G._____ vom 17. April 2015 (AB 2.3 S. 24 – 34) über das ambulante Assessment nannten med. prakt. S._____ und Dr. med. H._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, als Diagnosen einen Unfall vom 2. Februar 2015 (seitlicher PW-Frontalaufprall) mit HWS-Distorsion Quebec Task Force (QTF) II und eine Präadipositas. Aktuell bestünden eine erhebliche Symptomausweitung, Spannungskopfschmerzen, Bewegungs- und belastungsabhängige Nackenbeschwerden linksbetont, Schmerzen des Schultergürtels links > rechts, Schwindel (a.e. orthostatisch), eine allgemeine Dekonditionierung mit Müdigkeit, Schwäche und eingeschränkter Leistungsfähigkeit, Ein- und

Durchschlafstörungen mit Alpträumen und Flashbacks, eine eingeschränkte Konzentration bzw. Gedächtnisleistung, eine Hypästhesie des Unterarms und der Hand links, ein Ohrgeräusch links > rechts und Sehstörungen (S. 24). Die Patientin habe eine reduzierte Leistungsbereitschaft gezeigt. Es werde die Fortführung der begonnenen ambulanten Physiotherapie mit deutlicher Betonung aktiver Therapie mit segmentalen Stabilisationsübungen empfohlen (S. 26). Ergänzend zur körperbezogenen Behandlung sei eine psychologisch-psychiatrische Beurteilung und Mitbehandlung sinnvoll.

3.1.4 Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht der Neurologie ... vom 1. Juni 2015 (AB 2.3 S. 11 –14) einen St. n. Unfallereignis vom 2. Februar 2015 mit/bei klinisch Zeichen eines HWS-Distorsionstraumas QTF II, klinisch paravertebralen Druckdolenz, Muskelverspannungen und subjektiv Gefühllosigkeit der linken oberen Extremität, MRI vom 24. Februar 2015 (keine Myelopathie, keine relevante strukturelle Läsion), Medianus SSEP vom 29. Mai 2015 (Normalbefund, kein sensibles Afferenzdefizit), unterliegendes Karpaltunnelsyndrom ausgeschlossen (ENMB vom 29. Mai 2015) sowie einen möglichen reaktiven Beschwerdekomples mit Spannungskopfschmerzen und Müdigkeit mit/bei Einschlaf- und Durchschlafstörungen sowie möglicher reaktiver depressiver Situation (S. 11). Bezüglich der Hypästhesie der linken Körperseite könne ein morphologisches Korrelat ausgeschlossen werden. Insgesamt zeige sich einerseits das Bild einer klaren Klinik mit muskulären Verspannungen auf Höhe der HWS (S. 12) und andererseits die Konstellation einer Symptorausweitung. In Wiederholung der zuvor genannten Diagnosen berichtete Dr. med. I. _____ am 19. Juni 2015, objektiv sei der Befund klar besser als vor drei Wochen. Die HWS-Beweglichkeit habe sich verbessert, die Muskelverspannungen und Druckdolenz seien zwar weiterhin vorhanden aber nicht mehr geprägt von einer so deutlichen Abwehrspannung (AB 2.3 S. 10). Am 12. August 2015 führte er weiter aus, zwar bestünden noch die Residuen des stattgehabten Unfallereignisses mit Muskelverspannungen auf der zervikalen Ebene, dazu fänden sich auch Zeichen der Symptorausweitung mit klarem Gegenhalten der passiven Beweglichkeit und Verbesserung der Beweglichkeit bei Ablenkung der Patientin. Insgesamt zeige sich rein objektiv entgegen der Wahrnehmung der Patientin eine Verbesserung der Gesamtsituation. Die Problematik des Beschleuni-

gungstraumas sei am Ausheilen. Die Arbeitsfähigkeit könne aus Sicht des stattgehabten Schleudertraumas als zumindest teilweise gegeben betrachtet werden. Ab 17. August 2015 sei die Arbeitsfähigkeit zu 50 % wiedergegeben (AB 2.3 S. 5). In einem weiteren Bericht der Neurologie ... vom 16. Oktober 2015 (AB 18 S. 7 f.) erwähnte Dr. med. I. _____ zusammen mit Prof. Dr. med. Q. _____, Facharzt für Neurologie, der Erholungsprozess nach Distorsionstrauma der HWS sei absolut unbefriedigend. Die Patientin sei sehr passiv. Sie benötige eine psychologische Behandlung, eine sehr aktive Physiotherapie inkl. Stabilisierungsübungen und auch noch eine intensivere medikamentöse Behandlung (S. 8).

3.1.5 Dr. med. J. _____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, diagnostizierte im Bericht vom 26. Juni 2015 (AB 2.3 S. 7) einen normalen vestibulären Status, einen posttraumatischen Tinnitus links und eine leichtgradige Tympanofibrose rechts. Bezüglich Schwindel fänden sich keine Hinweise auf eine zentrale oder periphere vestibuläre Funktionsstörung. Bezüglich des Tinnitus handle es sich vermutlich um eine Unfallfolge ohne Objektivierbarkeit. Eine traumatische Hörschwelleneinschränkung liege nicht vor. Vermutlich bestünden auf der Gegenseite postentzündliche Veränderungen nach frühkindlichen Otitiden. Im Vordergrund stehe die Habituation bzw. die Therapie der Nackenbeschwerden. Am 11. September 2015 bestätigte er die von ihm bereits gestellten Diagnosen und berichtete, die Trommelfelle seien bds. unauffällig. Es dürfte sich nach wie vor um einen cervicogenen Tinnitus links handeln (AB 2.3 S. 2 f.). Im Arztbericht vom 3. November 2015 (AB 12 S. 2 ff.) führte er keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf und vermerkte den posttraumatischen cervicogenen Tinnitus links als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2). Es bestünden weder körperliche, geistige noch psychische Einschränkungen. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht noch zumutbar. Es bestehe dabei keine verminderte Leistungsfähigkeit (S. 3). Die Ohrmikroskopie zeige deutliche Kalknarben in beiden Trommelfellen (vorbestehend), Weber-Test Mitte und Rinne-Test bds. positiv. Das Reintonaudiogramm zeige bds. grenzwertig normale Hörschwellen mit leichter Schalleitungskomponente rechts (vorbestehend). Die Vestibularisprüfung ergäbe keine Hinweise auf eine vestibuläre Störung (S. 4).

3.1.6 Im zuhanden des Motorfahrzeughaftpflichtversicherers, der K._____, erstatteten Aktengutachtens vom 10. November 2015 (AB 24.3 S. 3 – 15) führte Dr. med. L._____, Facharzt für Chirurgie, aus, initial seien linksseitige Armbeschwerden und eine Kraftlosigkeit der linken oberen Extremität beklagt worden, zusätzlich auch Nackenschmerzen. In der Folge seien ein Schwindel, Sehstörungen, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, eine allgemeine Dekonditionierung sowie starke Bewegungseinschränkungen angegeben worden (S. 13). Allen Beschwerden fehle ein organisch-strukturelles unfallbedingtes Korrelat. Die MRI-Abklärung der HWS vom 24. Februar 2015 habe absolut intakte Verhältnisse ergeben. Bei dieser Abklärung drei Wochen nach dem Ereignis seien weder Ergüsse in den Facettengelenken noch Bandrupturen dargestellt worden und es hätten sich auch keine Hinweise für einen paravertebralen Weichteilschaden ergeben. Damit sei bewiesen, dass die HWS selbst nicht strukturell geschädigt worden sei. Werde davon ausgegangen, dass es eventuell zu muskulären Mikroverzerrungen gekommen sei mit im MRI nicht mehr darstellbaren Ödemen und Mikrohämatomen, so resorbieren diese sich innerhalb weniger Wochen. Klinisch komme es zu einem kurzzeitigen Schmerzmaximum, dann mit der Resorption der eventuell möglichen kleinen Hämatome oder Ödeme zum Decrescendo der Beschwerden. Auszugehen sei bereits zum Zeitpunkt des ambulanten Assessments in der Klinik G._____ und der Diagnose einer erheblichen Symptomausweitung von einer folgenlosen Ausheilung, da die gesamte Palette der Symptome nicht unfallbedingt habe begründet werden können (S. 14).

3.1.7 Dr. med. F._____ führte im Arztbericht vom 29. November 2015 (AB 18 S. 2 – 6) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine HWS-Distorsion und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit den Verdacht auf eine reaktive Depression (S. 2) auf. Die Patientin sei vom 2. Februar 2015 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (S. 4). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne nicht gerechnet werden (S. 5).

3.1.8 Am 18. Januar 2016 diagnostizierte Dr. med. M._____, Fachärztin für Ophthalmologie, eine Anisometropie (> 2 dptr., bds.), eine Hyperopie und einen Astigmatismus (linkes Auge), eine Amblyopie ex Anisometropie (linkes Auge) und eine Glaskörperdestruktion bds. Die Amblyopie am linken Auge sei schon vor dem Unfall bekannt gewesen, nur die Tiefe habe sich verändert (AB 24.3 S. 1).

3.1.9 Im Bericht der Klinik N._____ vom 7. März 2016 (AB 27.3 S. 1 – 3) über die Hospitalisation vom 11. bis 30. Januar 2016 nannte Dr. med. R._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, als Diagnosen einen St. n. Autounfall vom 2. Februar 2015 mit/bei HWS-Distorsionstrauma QTF II, Kribbelparästhesien und Gefühllosigkeit der linken oberen Extremität, posttraumatischer Tinnitus links, MRI der HWS vom 24. Februar 2015 (keine Myelopathie, keine relevante strukturelle Läsion), Medianus SSEP vom 29. Mai 2015 (Normalbefund, kein sensibles Afferenzdefizit), Karpaltunnelsyndrom ausgeschlossen (ENMG vom 29. Mai 2015) sowie Einschlaf- und Durchschlafstörungen und den Verdacht auf eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (S. 1). Trotz intensiven physiotherapeutischen und physikalischen Massnahmen habe keine Schmerzlinderung erreicht werden können. In allen Alltagsfunktionen und auch beim Gehen sei die Patientin schmerzbedingt verlangsamt gewesen (S. 2). Beim Austritt habe weiterhin eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 3).

3.1.10 Dr. med. I._____ diagnostizierte im Bericht vom 2. Mai 2016 (AB 30 S. 5 – 7) einen reaktiven Beschwerdekomples mit Spannungskopfschmerzen und Müdigkeit mit/bei Einschlaf- und Durchschlafstörungen, klare Zeichen der Symptorausweitung (Stopp der physikalischen und schmerztherapeutischen Massnahmen empfohlen) und einen St. n. Unfallereignis vom 2. Februar 2015 mit/bei klinisch Zeichen eines HWS-Distorsionstraumas QTF II, klinisch paravertebrale Druckdolenzen und Muskelverspannungen und subjektiv Gefühllosigkeit der linken oberen Extremität, MRI der HWS vom 24. Februar 2015 (keine Myelopathie, keine relevante strukturelle Läsion), Medianus SSEP vom 29. Mai 2015 (Normalbefund, kein sensibles Afferenzdefizit), unterliegendes Karpaltunnelsyndrom ausgeschlossen (ENMG vom 29. Mai 2015). Die gesamte Situation

und der Verlauf seien bei der Patientin ernüchternd. Keine der therapeutischen Massnahmen, weder Physiotherapie noch Ergotherapie brächten eine relevante Linderung. Weiterhin bestehe die Konstellation einer deutlichen Symptomausweitung. Für die angegebene Sehstörung über dem linken Auge könne kein morphologisches Korrelat gefunden werden. Die visuell evozierten Potenziale seien bds. unauffällig bzw. zeigten keine relevante Afferenzstörung. Ebenfalls seien die Befunde auf Höhe der HWS klar gebessert, es hätten sich zwar noch gewisse Muskelverspannungen aber keine myogelotischen Veränderungen mehr gezeigt. Im körperlich-neurologischen Bereich fänden sich keine Auffälligkeiten, welche eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen würden (S. 6). Die Arbeitsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht zu 100 % gegeben (S. 7).

3.1.11 Im Verlaufsbericht vom 16. Mai 2016 (AB 30 S. 2 – 4) vermerkte Dr. med. F. _____ (AB 30 S. 2 – 4), der Gesundheitszustand sei stationär. Seit der letzten Diagnosestellung habe sich keine Änderung ergeben (AB 30 S. 2). Es bestehe bis auf Weiteres eine gesundheitlich begründete Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 3).

3.1.12 Die RAD-Ärztin Dr. med. O. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 19. Juli 2016 (AB 34 S. 4 ff.) fest, Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien längerfristig keine zu stellen, da keine objektivierbaren organischen Veränderungen vorlägen, sondern nur subjektive Beschwerden. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie Nacken-Schulter-Kopfschmerzen sowie vegetative Störungen bei St. n. Autounfall (Gegenauto von schräg vorn) am 2. Februar 2015 (bei Fehlen von objektiven Pathologien, diagnostiziert als HWS-Distorsionsstrauma QTF II) und eine verminderte Sehkraft links (Amblyopie) ev. seit Kindheit. Ausser dem fehlenden Stereosehen bestünden keine funktionellen Einschränkungen. Da keine Einschränkung objektivierbar sei, sei die angestammte bzw. irgendeine Tätigkeit zumutbar. Es sollte sich nur nicht um eine Tätigkeit handeln, bei welcher Stereosehen relevant sei (keine sehr feinen Arbeiten, keine Arbeit mit Treffsicherheit). Spätestens drei Monate nach dem Unfall wäre das Arbeiten wieder zumutbar gewesen (S. 5).

In der Stellungnahme vom 5. Januar 2017 (AB 47 S. 2 f.) führte Dr. med. O._____ zudem aus, es sei festzuhalten, dass eine Anpassungsstörung (gemäss ICD-10 F43.2) in der Regel nicht länger als ein halbes Jahr dauere (reaktive psychische Störung). Im Übrigen werde auch nur ein Verdacht auf eine Anpassungsstörung geäussert. Eine Anpassungsstörung sei nicht geeignet, eine (längerdauernde) Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Die relevante Diagnose im Bericht der Klinik N._____ sei die, dass es sich um ein HWS-Distorsionstrauma nach QTF II handle. Dies bedeute definitionsgemäss keine organische Schädigung. Die psychiatrische Behandlung sei offensichtlich im Rahmen der Symptomausweitung zu sehen. Die Störung (Verdacht auf reaktive Depression) stehe nicht in direktem Zusammenhang mit dem Unfall, jedoch mit dem Verlauf und damit zwangsläufig auch mit den Versicherungsfragen. Eine depressive Verstimmung genüge nicht, um eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen, und dies umso weniger, als sie reaktiv (nach Mitteilung, dass keine Versicherungsleistung mehr gewährt werde) aufgetreten sei. Die Sehkraftminderung auf dem linken Auge habe mit dem Unfall nichts zu tun. Wenn es sich tatsächlich um eine Amblyopie handle, dann sei das Leiden seit langem vorbestehend und habe im Leben zuvor die Arbeitskraft nicht relevant gemindert. Es mache also keinen Sinn, dieses nun als relevante Behinderung zu bezeichnen.

3.1.13 Im Bericht des Spitals D._____ vom 30. Januar 2017 (AB 53 S. 4 f.) führte Dr. med. P._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zusammenfassend aus, aufgrund des Autounfalls im Februar 2015 und der bestehenden Schmerzproblematik, die auch zur Entwicklung von depressiver Symptomatik geführt habe, sei eine ambulante Therapie mittelfristig nicht für eine Genesung ausreichend.

In einem weiteren Bericht des Spitals D._____ vom 16. Februar 2017 (AB 52 S. 1 f.) nannten die behandelnden Psychologinnen als Diagnose eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nach Unfall im 2015 (ICD-10 F45.40) begleitet von depressiven Symptomen (ICD-10 F32.1). Es zeige sich nun, dass das ambulante Setting – mit regelmässigen Gesprächen – nicht ausreichend sei, um die Patientin zu stabilisieren. Es bestehe nach

wie vor eine starke Fokussierung auf die Schmerzproblematik und die damit einhergehende depressive Symptomatik.

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 9. Januar 2017 (AB 48) stützt sich in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. med. O. _____ vom 19. Juli 2016 (AB 34 S. 4 ff.) und 5. Januar 2017 (AB 47 S. 2 ff.). Diese erfüllen die Voraussetzungen an medizinische Berichte (vgl. E. 3.2 hiervor) und überzeugen. Die RAD-Ärztin hat sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den in den medizinischen Akten hinreichend dokumentierten gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwer-

deführerin sowie mit den anders lautenden ärztlichen Einschätzungen auseinandergesetzt. Die Ausführungen in ihren Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Der Umstand, dass die RAD-Ärztin die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersuchte, führt nicht zu einem verminderten Beweiswert ihrer Beurteilungen, konnte sie sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.3.1 Ausgehend von den Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. med. O._____, welche im Zeitpunkt ihrer Aktenbeurteilungen keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen konnte (AB 34 S. 5, AB 47 S. 2), ist die Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin, wonach kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege, nicht zu beanstanden. So zeigte das am 24. Februar 2015 durchgeführte MRI der HWS absolut unauffällige physiologische Verhältnisse mit nicht einmal angedeuteten degenerativen Veränderungen weder für die obere, für die mittlere noch für die untere HWS (AB 2.3 S. 41). Anlässlich des ambulanten Assessments in der Klinik G._____ vom 14. April 2015 berichteten med. prakt. S._____ und Dr. med. H._____ von einer erheblichen Symptomausweitung, einer reduzierten Leistungsbereitschaft sowie einem diskrepanten Verhalten der Beschwerdeführerin und erachteten eine Initialisierung der Arbeitsfähigkeit als gegeben (AB 2.3 S. 26 und 33 f.). Am 1. Juni 2015 stellte der Neurologe Dr. med. I._____ muskuläre Verspannungen auf Höhe der HWS fest und sprach ebenfalls von einer Konstellation einer Symptomausweitung. Ein morphologisches Korrelat hinsichtlich der Hypästhesie der linken Körperseite schloss er ausdrücklich aus (AB 2.3 S. 12 f.). Mit Bericht vom 12. August 2015 bestätigte er die Symptomausweitung sowie Residuen des Unfallereignisses, stellte jedoch eine Verbesserung der Gesamtsituation fest (AB 2.3 S. 4 f.). Des Weiteren berichteten die Dres. med. I._____ und Prof. Q._____ von einem unbefriedigend verlaufenden Erholungsprozess, wobei neurologische Auffälligkeiten nicht objektiviert werden konnten. Vielmehr wiesen sie auf die erhebliche Passivität der Beschwerdeführerin hin und empfahlen eine psychologische Behandlung und eine sehr aktive Physiotherapie (AB 18 S. 7 f.). Schliesslich hielt Dr. med. I._____

am 2. Mai 2016 unter Verweis der weiterhin bestehenden deutlichen Symptorausweitung fest, im körperlich-neurologischen Bereich fänden sich keine Auffälligkeiten, die eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen würden, woraufhin er seine Untersuchungen auch abschloss (AB 30 S. 6 f.). Aus Sicht des Facharztes für Oto-Rhino-Laryngologie bestand ausser einem Tinnitus links ohne subjektive Gehörsverminderung ein normaler vestibulärer Status (AB 2.3 S. 2 und 7). Am 3. November 2015 stellte er beidseits grenzwertig normale Hörschwellen fest und verneinte eine vestibuläre Störung (AB 12 S. 4).

3.3.2 Auf die Ausführungen des Internisten und Hausarztes Dr. med. F. _____ kann demgegenüber nicht abgestellt werden. Er diagnostizierte am 29. November 2015 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine HWS-Distorsion sowie – fachfremd und überdies ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – eine reaktive Depression. Wie bereits im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraneo-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 8. März 2015 (AB 2.3. S. 37 – 39) attestierte er der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit ab dem 2. Februar 2015 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit, ohne indessen die Einschränkungen näher zu erläutern (AB 18 S. 3 – 6). Die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas wurde zwar auch im Bericht der Klinik N. _____ vom 7. März 2016 (AB 27.3 S. 1 – 4) aufgeführt und der Neurologe Dr. med. I. _____ berichtete über entsprechende klinische Zeichen (AB 2.3 S. 10 – 12, AB 30 S. 5). Eine HWS-Distorsion ist indessen gestützt auf die Unfallakten sowie die zeitnahen Arztberichte nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Erstkonsultation beim Hausarzt erfolgte erst über eine Woche nach dem Unfallereignis, nämlich am 11. Februar 2015 (AB 2.3 S. 37), anlässlich welcher die Beschwerdeführerin einzig über sofort aufgetretene Nackenschmerzen und Schwindel klagte. Weitere Symptome wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Hör-, Seh- und Schlafstörungen verneinte sie dagegen (AB 2.3 S. 38). Die RAD-Ärztin Dr. med. O. _____ weist zudem zu Recht darauf hin, dass keinerlei organische Unfallfolgen objektiviert werden konnten, sondern rein subjektive Beschwerdebilder vorliegen (AB 34). Im Aktengutachten vom 10. November 2015 wies auch Dr. med. L. _____ auf das Fehlen objektivierbarer Befunde sowie die erhebliche Selbstlimitierung (Malcompliance) der Beschwerdeführerin hin (AB 24.3 S. 14 f.).

3.3.3 Eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Sehkraftminderung einzig des linken Auges ist ebenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich. Es handelt sich hierbei um ein Leiden, das schon vor dem Unfall bestanden hat, als die Beschwerdeführerin noch ihrer Arbeitstätigkeit nachging (AB 24.3 S. 1). Dazumal vermochte das langjährige Leiden ebenfalls keine massgebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Ferner konnte Dr. med. I. _____ für die angegebene Sehstörung kein morphologisches Korrelat finden und verneinte eine Afferenzstörung (AB 30 S. 6).

3.3.4 Auch die Berichte des Spitals D. _____ vom 30. Januar 2017 (AB 53; BB 3) und vom 16. Februar 2017 (AB 52) sind nicht geeignet, den Beweiswert der schlüssigen RAD-Beurteilungen (AB 34 S. 4 ff., AB 47 S. 2 ff.) zu erschüttern, soweit sie mit Blick auf den zeitlichen Überprüfungshorizont überhaupt zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140; SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Nicht invalidisierend sind die blossen Verdachtsdiagnose einer Anpassungsstörung sowie ein allfälliges reaktives depressives Geschehen (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Januar 2016, 9C_772/2015 E. 2.2), worauf die RAD-Ärztin ebenfalls zu Recht hinweist (AB 47 S. 2). Der Bericht vom 30. Januar 2017 verfolgt einen rein therapeutischen Ansatz und derjenige vom 16. Februar 2017 wurde von zwei Psychologinnen verfasst, womit die im Bericht erwähnte somatoforme Schmerzstörung nicht fachärztlich diagnostiziert wurde. Sodann ist darauf hinzuweisen, dass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung führt, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ

vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287).

Vorliegend ist augenfällig, dass sich im Rahmen der medizinischen Behandlungen bzw. Abklärungen deutliche Inkonsistenzen ergaben bzw. aggravatorische Verhaltensweisen beobachtet werden konnten. Beim ambulanten Assessment in der Klinik G._____ zeigte die Beschwerdeführerin sowohl bei den Tests als auch beim Probetraining eine deutlich reduzierte Leistungsbereitschaft (AB 2.3 S. 26). Das Leistungsverhalten und die Konsistenz wurden als schlecht beurteilt (AB 2.3 S. 33). Der behandelnde Neurologe Dr. med. I._____ wies mehrfach ausdrücklich auf die Symptomaggravation hin (AB 2.3 S. 5, 13). Am 15. August 2015 hielt er fest, es bestehe eine Symptomausweitung mit klarem Gegenhalten der passiven Beweglichkeit und Verbesserung der Beweglichkeit bei Ablenkung der Patientin (AB 2.3 S. 5). Am 2. Mai 2016 sprach er weiterhin von einer deutlichen Symptomausweitung und hob u.a. hervor, dass für die angegebene Sehstörung des linken Auges kein morphologisches Korrelat gefunden konnte. Ausserdem äusserte er erhebliche Zweifel hinsichtlich der Einnahme der Schmerzmedikamente (AB 30 S. 6 f.). Angesichts dieser Ausschlussgründe verbietet sich die Annahme einer invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung.

Hinzu kommt, dass vorliegend nicht von einer schweren, therapeutisch nicht mehr angehbaren psychischen Störung ausgegangen werden kann. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend ausführte, bestehen beim erst relativ kurze Zeit andauernden – somit noch kaum chronifizierten – Krankheitsgeschehen noch therapeutische Optionen (vgl. Beschwerdeantwort S. 3). Dies findet auch Rückhalt im Bericht des Spitals D._____ vom 30. Januar 2017, worin Dr. med. P._____ eine ambulante Therapie mittelfristig für die Genesung nicht ausreichend hält und demgegenüber eine spezialisierte stationäre Therapie als notwendig erachtet. Eine entsprechende Behandlung lehnt die Beschwerdeführerin gemäss dem Psychiater jedoch – bei fehlender Einsicht und Motivation – ohne Angabe von Gründen ab (AB 53 S.5). Eine Behandlungsresistenz ist

damit ausgeschlossen. Da die Beschwerdeführerin die Behandlungsmöglichkeiten nicht ausschöpft, kann ebenfalls nicht von einem erheblichen Leidensdruck ausgegangen werden. Ebenso spricht die äusserst niedrige Psychotherapie-Frequenz gegen einen erheblichen Leidensdruck (vgl. AB 52, 53 S. 4).

3.5 Nach dem Dargelegten ist die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden bzw. keine relevante Minderung der Arbeitsfähigkeit und somit keine Invalidität im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 f. hiervor) vorliegt. Der Sachverhalt erweist sich gestützt auf die vorliegenden Arztberichte als hinreichend erstellt, weshalb auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Die 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
 - 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.