

200 17 728 IV
KOJ/LUB/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Januar 2018

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. Juli 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1994 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im August 2016 unter Hinweis auf starke Rücken- und Nackenschmerzen sowie „sehr viel“ Kopfschmerzen infolge eines Autounfalls vom 11. Januar 2016 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 38). In der Folge traf die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) Abklärungen in erwerblicher sowie medizinischer Hinsicht; insbesondere edierte sie die Akten der (C._____ (act. II 44.1 – 44.41) und veranlasste auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) eine psychiatrische Begutachtung (Gutachten vom 13. April 2017; act. II 62.1). Gestützt darauf stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 4. Mai 2017 (act. II 63) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da kein iv-relevanter Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Nach erhobenem Einwand (act. II 67) und Einholung einer Stellungnahme des RAD (Stellungnahme vom 19. Juni 2017; act. II 69 S. 2 f.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 14. Juli 2017 (act. II 70) entsprechend dem Vorbescheid einen Leistungsanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 25. August 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde. Sie lässt folgende Rechtsbegehren stellen:

1. Die Verfügung vom 14. Juli 2017 sei aufzuheben.
2. Es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen nach IVG zuzusprechen, namentlich berufliche Eingliederung und Taggelder.
3. Es sei zu gegebenem Zeitpunkt die Rentenprüfung vorzunehmen.
4. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge

Mit Zuschrift vom 19. September 2017 reichte die Beschwerdeführerin einen medizinischen Bericht zu den Akten.

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 22. September 2017 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 29. September 2017 edierte der Instruktionsrichter die die Beschwerdeführerin betreffenden Akten der C._____.

Mit Replik vom 27. Oktober 2017, mit welcher ein weiterer medizinischer Bericht eingereicht wurde, bzw. Duplik vom 28. November 2017 hielten die Parteien an ihren Anträgen 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 Verwal-

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 14. Juli 2017 (act. II 70). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV.

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 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). Eingliede-

rungsmassnahmen 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.

2.3 Der Anspruch auf eine ganze Rente besteht, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

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 lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 11. Januar 2016 (act. II 44.30) wurde angegeben, bei der Patientin seien sofort nach dem Unfall Nackenschmerzen, Schwindel und lumbale Schmerzen, nicht aber Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen, aufgetreten (S. 1). Der Röntgenbefund der HWS und die Densaufnahme transbuccal seien unauffällig. In Anlehnung an die Quebec Task Force (QTF) liege ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma Grad II vor. Die Patientin sei voraussichtlich sieben Tage arbeitsunfähig (S. 2).

3.1.2 Anlässlich des ambulanten Assessments in der Klinik D. _____ vom 23. März 2016 diagnostizierte Dr. med. E. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, eine HWS-Distorsion QTF II (Röntgen HWS: keine ossären Läsionen; MRI HWS: minimales Bandscheiben-Bulging auf Höhe HWK4 bis HWK6, Steilstellung der HWS, unspezifische zervikale Lymphadenopathie, im Übrigen Normalbefund), einen St. n. Ablation bei AV-Knoten-Reentry Tachykardien (AVNRT; 2012) und eine vorbestehende Hypakusis rechts (act. II 44.11 S. 1). Bis zum allfälligen stationären Eintritt sei von einer weiteren Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen. Die Prognose sei gut (act. II 44.11 S. 4).

3.1.3 Am 4. April 2016 diagnostizierte Dr. med. F. _____ einen St. n. kraneo-zervikalem Beschleunigungstrauma und einen St. n. Katheterablation einer typischen AVNRT. Eine Belastungsergometrie sei aufgrund der Nackenschmerzen nicht durchführbar gewesen. Im Langzeit-EKG habe sich ein normales Frequenzspektrum mit 50 – 148 S/min. gezeigt, mit guter Erholung der Frequenz über Nacht. Aufgrund zusätzlicher Informationen sei die Patientin als kardial voll belastungsfähig zu beurteilen (act. II 44.15 S. 2).

3.1.4 Im Austrittsbericht der Klinik D. _____ vom 13. Juni 2016 (act. II 44.6) über den Aufenthalt vom 19. April bis 10. Juni 2016 nannte Dr. med. N. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, als Diagnosen eine HWS-Distorsion QTF II, einen St. n. Ablation bei AVNRT, eine vorbestehende Hypakusis und eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21). Die festgestellte psychische Störung begründe aktuell eine leichte arbeitsrelevante Leistungsmin-derung. Als ... bestehe ab 27. Juni 2016 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit. Mittelschwere Arbeiten seien aus unfallkausaler Sicht ganztags ohne Einschränkungen zumutbar (S. 2). Das Ausmass der physischen Einschränkung lasse sich mit den objektiven Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nicht erklären (S. 3).

3.1.5 Die RAD-Ärztin med. pract. G. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, legte in ihrer Beurteilung vom 6. Oktober 2016 (act. II 52 S. 3 ff.) dar, bei einem rein muskulären Problem mit ver-

minderter Beweglichkeit und Druckschmerzhaftigkeit der HWS könne von einer Wiedererlangung einer vollen Arbeitsfähigkeit als ... ausgegangen werden. Eine HWS-Distorsion QTF II führe maximal zu einer Arbeitsunfähigkeit von vier Wochen (S. 5). Alles in allem habe nie ein somatisch iv-relevanter langandauernder Gesundheitsschaden bestanden (S. 6).

3.1.6 Im Bericht des Spitals H. _____ vom 17. Oktober 2016 (act. II 59 S. 3 ff.) führte PD Dr. med. I. _____, Facharzt für Anästhesiologie, als Diagnose chronische Schmerzen nuchal und lumbal und als Nebendiagnose einen St. n. Ablation bei AVNRT auf (S. 3). Insgesamt lasse sich ein deutlicher Gewinn durch die Rehabilitation feststellen (verbesserte Beweglichkeit HWS, Reduktion der Analgetika), andererseits habe sich der erwartete Erfolg derselben nicht zur vollen Zufriedenheit eingestellt (S. 4). Im Verlaufsbericht vom 25. November 2016 (act. II 59 S. 1 f.) vermerkte PD Dr. med. I. _____, der Gesundheitszustand habe sich verbessert, seit der letzten Diagnosestellung habe sich keine Änderung ergeben.

3.1.7 Dr. med. J. _____, Facharzt für Chirurgie, diagnostizierte im Operationsbericht des Spitals H. _____ vom 1. Dezember 2016 (act. II 67 S. 15 f.) über die durchgeführte Exstirpation Handgelenksganglion rechts, Resektion PIN, ein symptomatisches dorsales Handgelenksganglion rechts und eine midkarpal betonte Hyperlaxizität bds. Am 11. Januar 2017 hielt Dr. med. J. _____ bei gleicher diagnostischer Einschätzung fest, die Arbeitsunfähigkeit als ... betrage weiter für vier Wochen 100 %, dann versuchsweise 50 % (act. II 67 S. 19 f.).

3.1.8 Im Austrittsbericht des Spitals H. _____ vom 17. Februar 2017 (act. II 62.8 S. 2 ff.) listete PD Dr. med. K. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Nephrologie und Rheumatologie, als Diagnosen eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen, ein symptomatisches dorsales Handgelenksganglion rechts, einen Vitamin-D-Mangel, anamnestisch eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und anamnestisch eine erfolglose Ablation bei AVNRT auf (S. 2).

3.1.9 In der Sprechstunde des Spitals H. _____ vom 6. März 2017 diagnostizierte Dr. med. K. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie

und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein komplexes regionales Schmerzsyndrom I (CRPS). Es habe sich eine deutliche Verbesserung der Situation eingestellt, die Beweglichkeit sei deutlich verbessert und die Ruheschmerzen hätten sich ebenfalls verbessert. Aktuell bestehe noch eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit hinsichtlich des CRPS resp. auch der Nackenbeschwerden nach einer HWS-Distorsion (act. II 67 S. 23 f.).

3.1.10 Dr. med. L. _____, Facharzt für Neurologie, nannte im Bericht des Spitals H. _____ vom 13. April 2017 (act. II 67 S. 9 – 12) als Diagnosen eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen, einen Vitamin-D-Mangel und einen St. n. Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (S. 9). Somatisch-neurologisch zeige sich aktuell ein unauffälliger Untersuchungsbefund. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den beklagten Beschwerden bzw. der schmerzbedingten Schonhaltung und Minderbeweglichkeit gegenüber dem Bewegungsradius ausserhalb der Untersuchung, weshalb bei zusätzlich depressiver Verstimmung „die vorbeschriebenen psychischen Anteile der mittlerweile chronischen Schmerzstörung als hochgradig anteilig an der Problematik“ zu erachten seien. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Indikation für weitere Diagnostik (S. 12).

3.1.11 Im psychiatrischen Gutachten vom 13. April 2017 (act. II 62.1) stellte Dr. med. M. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, aus psychiatrischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte sie eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41), einen St. n. Verkehrsunfall am 11. Januar 2016 mit QTF II und fachfremd eine Hypakusis rechts vorbestehend auf (S. 24). Vom klinischen Befund her liege eine myofasziale Problematik vor. Von der psychischen Seite her habe keine nennenswerte iv-relevante psychische Störung festgestellt werden können. Die lang anhaltende Arbeitsunfähigkeit lasse sich psychiatrisch nicht begründen (S. 24). Bereits in der Klinik D. _____ hätten sich Inkonsistenzen und eine deutliche Selbstlimitierung mit Schmerzfixierung sowie Symptomausweitung gezeigt. Verschiedene der beklagten Symptome könnten medizinisch nicht erklärt werden. Diskrepanzen zeigten sich zwischen dem Freizeitverhalten und den geäusserten Be-

schwerden. Bei der aktuellen Untersuchung hätten sich Hinweise auf Aggravation ergeben, zwischen der guten Beweglichkeit der Wirbelsäule und dem gezeigten Schonverhalten, das mit der Reklination des Kopfes gegen die Wand hin zu einer Zwangshaltung geführt habe. Die von der Versicherten beschriebenen Konzentrationsstörungen liessen sich nicht objektivieren. Die geschilderten Ängste hätten kein krankheitswertiges Ausmass und stünden in einem Widerspruch zur Wehrhaftigkeit, die die Versicherte zeige, wenn für sie etwas nicht stimme. Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit (S. 25).

3.1.12 Am 2. Mai 2017 berichtete Dr. med. K. _____ in Wiederholung seiner bereits gestellten Diagnose, bis auf die deutlich vermehrte Behaarung zeigten sich keine weiteren Hinweise für eine Trophik-Störung. Die Narbe sei reizlos, weich und gut verschiebbar. Dort zeige sich jedoch eine Druckdolenz sowie auch im Verlauf des vierten Strecksehnenfachs und auch distal davon. Eine leichte Hyposensibilität distal der Narbe werde angegeben. Faustschlusskraft und Langfingerextension seien vollständig (act. II 67 S. 25 f.).

3.1.13 In der Stellungnahme des RAD vom 19. Juni 2017 (act. II 69 S. 2 f.) führte med. pract. G. _____ aus, es würden keine neuen medizinischen Fakten vorgebracht. Die Versicherte habe bei der psychiatrischen Begutachtung angegeben, weiterhin Schwimmen zu gehen, was dafür spreche, dass nach der komplikationslosen Operation vom Dezember 2016 keine Einschränkung mehr im Vordergrund stehe. Der Bericht vom 13. April 2017 belege, dass keine somatischen Gründe für die Beschwerden der Versicherten festgehalten werden könnten. Vielmehr werde festgehalten, dass es bei unauffälligen Befunden im Verhalten der Versicherten zu deutlichen Diskrepanzen gekommen sei. Bei fehlender Parese der Hand könne der Faustschluss normal erfolgen und eine Abschwächung der Kraft sechs Wochen postoperativ auf 0 kg rechts sei medizinisch absolut nicht erklärbar. Weiter belege der Bericht, dass die Versicherte in der Woche zweimal Ergotherapie habe und zusätzlich einmal am Crosstrainer 15 min. trainiere, was eine gute Belastbarkeit der Handgelenke und der Hände voraussetze (S. 2). Der Bericht vom 2. Juni 2017 belege eine weitere kontinuierliche

Erhöhung der Handkraft gemessen auf 12 kg. Die unkomplizierte Ganglion-entfernung an der rechten Hand führe zu keiner langandauernden Arbeits-unfähigkeit. Es könne voll und ganz auf das psychiatrische Gutachten ab-gestellt werden, da sowohl die psychiatrische Gutachterin, die Klinik D._____ als auch die Neurologie des Spitals H._____ unabhängig voneinander Inkonsistenzen feststellten (S. 3).

3.1.14 In der Anfrage um Kostengutsprache für eine ambulante psychoso-matische tagesklinische Behandlung des Spitals H._____ vom 18. Juli 2017 (Beschwerdebeilage [BB] 4) nannte Dr. med. N._____ als Dia-gnosen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen bei chronischen myofaszialen Schmerzen mit Symptomauswei-tung nach HWS-Beschleunigungstrauma mit V.a. posttraumatische Belas-tungsstörung, ein symptomatisches dorsales Handgelenksganglion rechts mit Resektion und nachfolgendem CRPS und eine mittelgradige depressive Episode. Die Patientin sei in ihrem Alltag nach wie vor stark eingeschränkt und nicht arbeitsfähig. Es sei aktuell davon auszugehen, dass die Patientin wahrscheinlich nicht mehr in ihrem Beruf als ... werde arbeiten können.

3.1.15 Im Bericht des Spitals H._____ vom 14. August 2017 diagnosti-zierte Prof. Dr. med. O._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen, ein CRPS I Hand rechts, ein ausgeprägtes Hyper-motilitätssyndrom axial und peripher, anamnestisch eine Anpassungs-störung mit längerer depressiver Reaktion, einen Vitamin-D-Mangel, eine typische AVNRT, rezidivierende symptomatische Palpitationen (BB 5 S. 1) und einen Velounfall mit Sturz auf Ohr im 5. Lebensjahr. Mit dem aktuellen Beschwerdebild könne sowohl in Bezug auf das CRPS der Hand wie auch auf die panvertebralen Schmerzen die bisherige berufliche Tätigkeit kaum ausgeübt werden (BB 5 S. 2). In einem weiteren Bericht dieses Instituts vom 23. August 2017 (Akten der C._____ [act. III] 123) wurden diese Einschätzungen sowohl in diagnostischer als auch in arbeits- und leis-tungsmässiger Hinsicht bestätigt.

3.1.16 Dr. med. K._____ führte im Bericht vom 20. Oktober 2017 (BB 8) als Diagnose ein CRPS Typ 2 (S. 1) auf, nachdem er am 22. August 2017 das diagnostizierte Leiden keinem Typ zugeordnet hatte (BB 7). Wei-

ter berichtete er, insgesamt zeige sich eher eine Verschlimmerung der CRPS-Problematik. Bei V.a. ein neurogenes CRPS werde dem weiterhin nachgegangen. Zum jetzigen Zeitpunkt sei eine Wiedereingliederung in den ursprünglichen Beruf als ... aus handchirurgischer Sicht nicht zu vertreten (S. 2).

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).

3.2.1 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

3.2.2 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 14. Juli 2017 (act. II 70) stützt sich massgeblich auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. M._____ vom 13. April 2017 (act. II 62.1) sowie auf die RAD-Stellungnahme von med. pract. G._____ vom 19. Juni 2017 (act. II 69 S. 2 f.). Sowohl das psychiatrische Gutachten als auch die Beurteilung der RAD-Ärztin erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiavor) und erbringen vollen Beweis.

3.3.1 Im psychiatrischen Gutachten verneint Dr. med. M._____ einen psychischen Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 62.1 S. 24). Die Gutachterin legt nachvollziehbar dar, weshalb sich aus psychiatrischer Sicht keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestätigen lässt. Anders als in der Beschwerde angenommen (S. 4), werden auch die Handbeschwerden erwähnt – wenngleich das CRPS zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen gehört und ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden ist (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. Februar 2011, 8C_1021/2010, E. 7) – und darauf hingewiesen, dass der subjektive Leidensdruck nicht zur gezeigten Beweglichkeit der Hand passe (act. II 62.1 S. 22). Anhaltspunkte, welche eine andere psychiatrische Betrachtungsweise rechtfertigen könnten, liegen nicht vor und auch die Beschwerdeführerin macht weiter nichts anderes geltend. Vielmehr bringt sie selbst vor, die psychischen Probleme stünden im Hintergrund bzw. die psychische Situation tue hier gar nichts zur Sache und sie leide an einem organischen Gesundheitsschaden (Beschwerde S. 3 und 5 unten). Es ist deshalb auf die überzeugende gutachterliche Beurteilung von Dr. med. M._____ vom 13. April 2017 (act. II 62.1) abzustellen. Wegen des fehlenden zu berücksichtigenden psychischen Gesundheitsschadens kann sachlogisch auch keine Invalidität drohen und es erübrigt sich deshalb eine Prüfung der Indikatoren anhand der Rechtsprechung nach BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 297 f. (vgl. auch Entscheid des BGer vom 30. November 2017, 8C_130/2017, E. 7.1).

3.3.2 Was den somatischen Gesundheitszustand anbelangt, ist die Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 19. Juni 2017 (act. II 69 S. 2 f.), wonach kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen ist, ebenfalls überzeugend.

Aus kardiologischer Sicht wurde die Beschwerdeführerin von Dr. med. F._____, gestützt auf deren eigene Untersuchungen sowie die Abklärungen in der Kardiologie des Spitals P._____, als voll belastungsfähig beurteilt (act. II 44.15 S. 2), was in der Folge zu Recht unbestritten geblieben ist, zumal auch keine Rezidive nachgewiesen werden konnten (act. III 123 S. 2).

Anlässlich der neurologischen Untersuchung vom 14. März 2017 wurde im Wesentlichen eine chronifizierte Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen bei u.a. chronifizierten myofaszialen Schmerzen diagnostiziert (act. II 67 S. 9). Somatisch-neurologisch zeigte sich indes ein unauffälliger Befund. Die behandelnden Ärzte der Universitätsklinik für Neurologie stellten – entgegen der beschwerdeführerischen Ansicht (Beschwerde S. 4 unten) – eine Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden bzw. der Schonhaltung verglichen mit dem Bewegungsradius ausserhalb der Untersuchung fest (etwas aus der Handtasche nehmen, Beweglichkeit auf dem Weg zur Koje und zur Ausgangstür) und erachteten psychische Faktoren als hochgradig anteilig an der gesamten Problematik. Eine weitere Diagnostik planten sie nicht (act. II 67 S. 12). Ein relevanter neurologischer Gesundheitsschaden ist unter diesen Umständen nicht überwiegend wahrscheinlich.

Aus rheumatologischer bzw. handchirurgischer Sicht wird ein CRPS diagnostiziert (act. II 67 S. 23, 25; BB 5, 8). Die Beschwerdeführerin unterzog sich am 1. Dezember 2016 einer Ganglionresektion im Bereich des rechten Handgelenks (act. II 67 S. 15). Im Anschluss daran – also noch vor Verfügungserlass vom 14. Juli 2017 (act. II 70) – wurde ihr von den behandelnden Ärzten eine mehrmonatige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. So wurde in der Sprechstunde der Handchirurgie vom 15. Dezember 2016 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bis 15. Januar 2017 attestiert (act. II 67 S. 17) und anlässlich der Sprechstunde vom 10. Januar 2017 beurteilte der operierende Chirurg die Beschwerdeführerin als ... für weitere vier Wochen zu

100 % arbeitsunfähig, mit anschliessender versuchsweisen Herabsetzung auf 50 % (act. II 67 S. 20). Am 6. März 2017 schrieb Dr. med. K. _____ die Beschwerdeführerin, bei nun sehr zufriedenstellender Beweglichkeit des Handgelenks, für weitere sechs Wochen vollumfänglich arbeitsunfähig (act. II 67 S. 24) und die behandelnden Ärzte der Klinik H. _____ attestierten im Rahmen der Konsultation vom 19. Juli 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 19. April bis 15. August 2017 (BB 5 S. 3). Die Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 100 % bis 15. August 2017 wurde alsdann in einem weiteren Bericht derselben Klinik vom 23. August 2017 (act. III 123) bestätigt und festgehalten, dass mit dem aktuellen Beschwerdebild sowohl in Bezug auf das CRPS als auch der panvertebralen Schmerzen die bisherige berufliche Tätigkeit kaum mehr ausgeübt werden könne. Im Sprechstundenbericht vom 20. Oktober 2017 ging Dr. med. K. _____ ebenfalls davon aus, dass aus handchirurgischer Sicht aktuell eine Wiedereingliederung in den ursprünglichen Beruf nicht zu vertreten sei (BB 8).

Im Zusammenhang mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit hält die RAD-Ärztin med. pract. G. _____ mit plausibler und schlüssiger Begründung fest, dass die unkomplizierte Ganglionentfernung nicht zu einer langandauernden Arbeitsunfähigkeit habe führen können, die angeblich fehlende Faustschlusskraft der Beschwerdeführerin medizinisch nicht erklärbar sei und auch anderweitige Angaben der Beschwerdeführerin inkonsistent seien, was auch von Seiten der Klinik D. _____ und der Neurologen des Spitals H. _____ festgestellt worden sei (act. II 69 S. 2 f.). Zu diesen Ausführungen ist die RAD-Ärztin als Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde und Replik je S. 4) fachlich hinreichend qualifiziert. Gemäss der massgebenden schweizerischen Weiterbildungsordnung für den Erwerb eines Facharztstitels in Physikalischer Medizin und Rehabilitation (vgl. dazu Schlussbericht des Organs für Akkreditierung und Qualitätssicherung der schweizerischen Hochschulen [OAQ] vom 15. November 2010 betr. Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation; www.bag.admin.ch) dauert die Weiterbildung in Physikalischer Medizin und Rehabilitation fünf Jahre, wobei zwei Jahre stationäre muskuloskelettale Rehabilitation, ein Jahr Neurorehabilitation und ein Jahr in einem oder zwei weiteren Fachgebieten zu absolvieren sind. Danach

folgt ein Jahr in Allgemeiner Innerer Medizin. Die Physikalische Medizin und Rehabilitation befasst sich gemäss Weiterbildungsordnung mit der Förderung der körperlichen und kognitiven Funktionen, der Aktivität, der Partizipation und Verbesserung von persönlichen Faktoren und Umweltfaktoren. Sie umfasst Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitationsmanagement von Menschen jeden Alters mit behindernden Gesundheitsschädigungen und Komorbiditäten, wobei die Fachärzte einen ganzheitlichen Behandlungsansatz verfolgen (vgl. SIWF, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2008 [letzte Revision: 7. März 2013], www.fmh.ch; Weissbuch Physikalische und Rehabilitative Medizin in Europa, Herausgeber: CHRISTOPH GUTENBRUNNER/ANTHONY B. WARD/M. ANNE CHAMBERLAIN). Aufgrund der erwähnten Voraussetzungen für den Erwerb eines Facharztstitels in Physikalischer Medizin und Rehabilitation ist vorliegend nicht daran zu zweifeln, dass die RAD-Ärztin als Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation über eine für die Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung der Beschwerdeführerin genügende und angezeigte fachärztliche Spezialisierung verfügt. Auf ihre Angaben kann abgestellt werden. Gegen erhebliche durch das CRPS verursachte Einschränkungen sprechen sodann die Ausführungen der Beschwerdeführerin gegenüber den behandelnden Ärzten und der psychiatrischen Gutachterin. Die Beschwerdeführerin informierte den Neurologen Dr. med. L._____, dass sie wöchentlich zweimal die Ergotherapie besuche und einmal ca. 15 min. auf dem Crosstrainer trainiere (act. II 67 S. 11). Weiter gab sie Dr. med. M._____ anlässlich der psychiatrischen Begutachtung an, ihre Freizeitbeschäftigungen bzw. Interessen bestünden aus Wohnungseinrichtung, Haushaltarbeiten (Kochen, Backen und Waschen), Schwimmen, Baden im Thermalbad, Halten von Katzen, Basteln, Tennis, Skifahren und Sport allgemein (act. II 62.1 S. 14, act. II 62.5 S. 2). Unter diesen Umständen sind die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Schmerzen und Beeinträchtigungen nicht nachvollziehbar, setzen die erwähnten Massnahmen bzw. Tätigkeiten doch nicht nur feinmotorische Fähigkeiten voraus, sondern auch eine erhöhte Belastbarkeit der Hände. Dr. med. L._____ wies denn auch bei einem neurologisch unauffälligen Untersuchungsbefund auf Inkonsistenzen hin (act. II 67 S. 12). Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin selbst ausführte, dass das Schwimmen gut gehe, sie die Haushaltung selbstständig erledige

und den Tennisclub aus distanzlichen Gründen (nicht etwa aus gesundheitlichen Gründen) aufgegeben habe (act. II 62.1 S. 14 f.).

3.3.3 Schliesslich dringt die Beschwerdeführerin auch insoweit nicht durch, als sie geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe sich die Einschätzung der C._____, welche eine volle Arbeitsunfähigkeit anerkenne und dafür Taggelder ausrichte, zumindest materiell anrechnen zu lassen (Beschwerde S. 5 und Replik S. 2).

Die Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffs (vgl. E. 2.1 hiavor) entbindet die verschiedenen Sozialversicherungsträger nicht davon, die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbstständig vorzunehmen. Keinesfalls dürfen sie sich ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des von einem anderen Versicherer festgelegten Invaliditätsgrades begnügen (BGE 133 V 549 E. 6.1 S. 553). Die Invaliditätsschätzung des Unfallversicherers entfaltet gegenüber der Invalidenversicherung keine Bindungswirkung. Die IV-Stelle ist daher nicht zur Einsprache gegen die Verfügung und zur Beschwerde gegen den Einspracheentscheid des Unfallversicherers über den Rentenanspruch als solchen oder den Invaliditätsgrad legitimiert (BGE 133 V 549 E. 6.4 S. 555).

Es ist damit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Invaliditätsschätzung selbstständig vornahm. Hinzu kommt, dass im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung keine abgeschlossene Invaliditätsfestlegung der Unfallversicherung vorlag, welche sie hätte mitberücksichtigen können, und aus der Weiterausrichtung von UV-Taggeldern kann nicht bereits auf eine Invalidität geschlossen werden. Zudem hat die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer Invaliditätsbeurteilung die medizinischen Akten der C._____ herangezogen (act. II 44.1 – 44.41).

3.4 Der Sachverhalt erweist sich als rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweismassnahmen kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) verzichtet werden, zumal auch die im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte keine Befunde bzw. wichtigen Aspekte enthalten, welche sowohl im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung wie auch der RAD-ärztlichen Beurteilung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären.

3.5 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin einen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu Recht verneint. Die gegen die Verfügung vom 14. Juli 2017 (act. II 70) erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

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

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

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin

- IV-Stelle Bern
- 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.