

200 18 233 IV
KOJ/SCM/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. November 2018

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. Februar 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1968 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) erlitt am 6. April 2016 bei einem Sturz Verletzungen an beiden Unterarmen bzw. Handgelenken (vgl. Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung [IV; act. II] 14.2, 29). Am 20. September 2016 meldete sie sich unter Hinweis auf ein unfallbedingtes CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 3). Im Rahmen der erwerblichen und medizinischen Abklärungen holte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) insbesondere die Akten des Unfallversicherers ein (vgl. act. II 36.1) und veranlasste auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 39) eine orthopädisch-neurologische Begutachtung (Gutachten vom 24. Oktober 2017 [act. II 53.1]). Gestützt hierauf sowie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 58, 61, 63 f.) samt Einholung einer weiteren Stellungnahme des RAD (act. II 67) wies die IVB das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 16. Februar 2018 (act. II 69) ab. Sie erwog im Wesentlichen, die medizinischen Abklärungen hätten keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ergeben und sowohl eine angepasste wie auch die ursprüngliche Tätigkeit seien der Beschwerdeführerin weiterhin vollumfänglich zumutbar, ebenso bestehe für die Tätigkeit im Haushalt keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte am 19. März 2018 Beschwerde. Sinn­gemäss beantragt sie die Aufhebung des angefochtenen Entscheids sowie die Neu­beurteilung des Falls nach Be­en­di­gung der medi­zi­ni­schen Ab­klärungen im Zentrum B. _____.

Mit Beschwerdeantwort vom 24. April 2018 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 29. Mai 2018 liess die Beschwerdeführerin dem Gericht weitere medizinische Unterlagen zukommen.

Mit Eingabe vom 19. Juli 2018 bestätigte die Beschwerdegegnerin die gestellten Rechtsbegehren und reichte eine zusätzliche Stellungnahme der Gutachter ein.

Von der ihr gewährten Möglichkeit, allfällige Schlussbemerkungen einzureichen, machte die Beschwerdeführerin keinen Gebrauch.

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 16. Februar 2018 (act. II 69). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

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).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

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 ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und beratender Arzt des Unfallversicherers, hielt im Bericht vom 31. Januar 2017 (act. II 36.2) fest, die Beschwerdeführerin habe Frakturen am distalen Radius beidseits erlitten, wobei es links zu einer zeitgerechten Abheilung gekommen sei. Auch rechts habe sich die ossäre Situation unauffällig entwickelt, wobei für die weiterhin geklagten anhaltenden Schmerzen keine eindeutige objektive organische Grundlage habe gefunden werden können. Bei dieser Ausgangslage sei immer auch an das Vorliegen von nichtorganischen Faktoren zu denken, wozu aber keine Angaben zu finden seien. Rein aufgrund der vorliegenden Akten dürfe davon ausgegangen werden, dass nach höchstens vier Monaten ein auf organischer Ebene objektivierbarer medizinischer Zustand vorgelegen habe, der einerseits keine weiteren unfallkausalen

externen Behandlungen mehr notwendig gemacht habe und andererseits die Wiederaufnahme der körperlich wahrscheinlich leichten Arbeit in der Patientenadministration des Spitals D. _____ im angestammten Pensum von 50 % wieder zugelassen hätte. Ein gewisses Restmass an Beschwerden und die Notwendigkeit zur (selbständigen) Fortsetzung eines Übungsprogramms mit dem Ziel einer Verbesserung der Beweglichkeit seien bis zum Ablauf von sechs Monaten nach der erlittenen distalen Radiusfraktur auch bei objektiv unauffälligem Verlauf durchaus noch plausibel. Ebenso könnten in dieser Zeit auch noch Einschränkungen der Belastungsfähigkeit bestehen, die manuell anspruchsvolle Aktivitäten noch nicht zulassen. Die Rückkehr in die angestammte Tätigkeit im ...bereich wäre der Beschwerdeführerin aber überwiegend wahrscheinlich bereits ab Anfang August 2016 wieder möglich gewesen.

3.1.2 Auf Empfehlung des RAD (act. II 39) wurde die Beschwerdeführerin am 6. September 2017 in der E. _____ (MEDAS) orthopädisch-neurologisch abgeklärt. In der Expertise vom 24. Oktober 2017 vermerkten die Fachärzte die folgenden bidisziplinären Diagnosen (act. II 53.1/17):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Keine

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronische Beschwerden an Vorderarm und Hand der dominanten rechten Seite (ICD-10 T92.2)
 - Status nach konservativ behandelte undislozierte distale Radiusfraktur vom 6.4.2016
 - aktenanamnestisch im Verlauf aufgetretenes CRPS
 - radiologisch unauffälliger Befund (MRI 6.3.2017, Röntgen 30.8.2017)
 - klinisch bis auf diffuse Druckdolenz zwischen Ellbogen und Fingermittelfgelenken unauffälliger Befund
- Chronische Beschwerden an Vorderarm und Hand der adominanten linken Seite (ICD-10 T92.2)
 - Status nach konservativ behandelte undislozierte Fraktur des Processus styloideus radii vom 6.4.2016
 - aktenanamnestisch im Verlauf aufgetretenes CRPS
 - radiologisch unauffälliger Befund (MRI 8.3.2017, Röntgen 30.8.2017)
 - klinisch bis auf diffuse Druckdolenz zwischen Ellbogen und Fingermittelfgelenken unauffälliger Befund
- Konstitutionell vermehrte Laxizität (ICD-10 M35.7)

Aus orthopädischer Sicht liessen sich die von der Explorandin geklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls begründen. Im Verlauf der Untersuchung seien Inkonsistenzen gefunden und radiologisch bezüglich der Radiusfrakturen zuletzt beidseits unauffällige Verhältnisse festgehalten worden (act. II 53.1/17 f.). Es hätten erhebliche Hinweise für eine nicht-organische Beschwerdekomponekte bestanden. Die neurologische Untersuchung habe klinisch eine normale Trophik, keine Rötung, Überwärmung oder Schwellung gezeigt. Es habe kein vermehrtes Schwitzen an beiden Händen bestanden, die Sensibilität sei unauffällig gewesen und es hätten sich keine Hinweise auf einen neuropathischen Schmerz gefunden. Die Kraftentwicklung sei – abgesehen von einem partiellen schmerzbedingten Giving-way – normal gewesen. Aus neurologischer Sicht handle es sich um eine Residualsymptomatik bei Status nach beidseitiger Fraktur im Bereich der Handgelenke. Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ebenso wie für die angestammte Tätigkeit als ... eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. Körperlich schwer belastende berufliche Tätigkeiten sollten der Explorandin nicht zugemutet werden. Für die Tätigkeit im Haushalt bestehe bei der Möglichkeit der freien Zeiteinteilung keine relevante Einschränkung. Die Arbeitsfähigkeit sei lediglich vorübergehend von April bis Oktober 2016 aufgehoben gewesen (act. II 53.1/18).

3.1.3 Im Bericht vom 23. Januar 2018 (Beschwerdebeilage [act. I] 2) stellten die Ärzte des Zentrums B. _____ die folgenden Diagnosen:

- ICD-10 M79.64: Beidseitige Hand-, Handgelenk- und Fingerschmerzen bei Status nach intraartikulärer nicht dislozierter Fraktur Radius rechts und Status nach Fraktur Processus styloideus radii links
- ICD-10 F45.41: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Aus anästhesiologischer Sicht habe bei der grob neurologischen Untersuchung keine klare Ursache für die Schmerzen festgestellt werden können. Insbesondere seien keine Einschränkungen der Mobilität, trophische Veränderungen, Allodynie / Hyperästhesie und keine Temperaturasymmetrie gefunden worden, womit die Diagnosekriterien nach Harden et al aktuell nicht erfüllt seien. Klare Hinweise auf neuropathische Schmerzen wie Hypästhesie, Hypalgesie sowie brennende Dauerschmerzen hätten auch

nicht festgestellt werden können. Die orthopädische Untersuchung zeige keine Hinweise für das Vorliegen einer strukturellen Ursache; es würden sich keine weiteren diagnostischen oder neuen therapeutischen Vorschläge anbieten. Aus Sicht der Schmerzpsychotherapie liege eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor, wobei als belastende Faktoren primär die Frakturen im April 2016, aber auch die darauf folgende schwierige psychosoziale Situation, in welche die Beschwerdeführerin insbesondere durch den Verlust ihres Arbeitsplatzes geraten sei, zu nennen seien. Hinsichtlich Therapieplan werde die Fortführung der schmerzpsychotherapeutischen Behandlungen, der psychologischen Therapie, der Ergotherapie sowie probatorisch der therapeutische Versuch mit der transkutanen Neuromodulation der beiden Handgelenke empfohlen.

3.1.4 RAD-Arzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 13. Februar 2018 (act. II 67) aus, das MEDAS-Gutachten vom 24. Oktober 2017 (act. II 53.1) sei schlüssig. Gestützt auf die umfassende anamnestische sowie klinische, labormässige, elektrophysiologische und bildgebende Befundlage seien die Gutachter gut nachvollziehbar zu ihrer Beurteilung der medizinischen Sachlage und der sich daraus ergebenden Arbeitsfähigkeit gelangt. Es bestehe kein Anlass, weitere Untersuchungen abzuwarten, denn das Ergebnis des Gutachtens sei klar. Aus der Expertise liessen sich keine diagnostischen Unklarheiten ableiten, welche weitere medizinische Abklärungen erfordern würden.

3.1.5 Im Nachgang zur angefochtenen Verfügung vom 16. Februar 2018 (act. II 69) diagnostizierten die Ärzte des Zentrums B. _____ in einem weiteren Bericht vom 1. Mai 2018 (act. I 3) Nachstehendes:

- ICD-10 M89.04: Residuales CRPS Typ I Hände beidseits nach Handgelenksfrakturen bds. 4/2016
 - Budapestkriterien erfüllt
 - CRPS severity score 8/17 Punkten (grenzwertiger Befund, vereinbar mit residualem CRPS)
- ICD-10 Z98.8: Status nach intraartikulärer nicht dislozierter Fraktur Radius rechts und Status nach Fraktur Processus styloideus radii links am 6.4.2016

Die Ursache des Schmerzsyndroms im Bereich des Kleinfingerballens beidseits, des Handgelenks beidseits sowie im Bereich der Fingergrundgelenke aller Finger und des ausstrahlenden Schmerzes aus dem Spatium

interosseum III und IV zum proximalen Unterarm sei ein residuales CRPS. Die Diagnosekriterien nach Harden et al seien erfüllt.

3.1.6 Dr. med. G._____, Facharzt für Anästhesiologie, Spital D._____, führte im Bericht vom 23. Mai 2018 (act. I 4) zur MEDAS-Expertise vom 24. Oktober 2017 (act. II 53.1) aus, es seien klar zwei Gutachter ausgewählt worden, welche anhand der von ihnen gewählten Untersuchungen und durch sie gezogenen Schlussfolgerungen demonstrierten, dass ihnen die Fachkompetenz zur Beurteilung der relevanten Fragestellung nach dem Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines klaren und klassisch verlaufenden CRPS fehle. Eigentlich hätten sie geeignete Spezialisten hinzuziehen oder den Auftrag zurückweisen müssen. Eine mögliche Begutachtung der Arbeitsfähigkeit habe nicht stattgefunden, da keinerlei Tests über den Verlauf der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin während einer längeren Zeit durchgeführt worden sei. Das heisse, die von ihr beklagten Symptome seien nicht Gegenstand der gutachterlichen Untersuchung gewesen, obschon genau diese die Arbeitsunfähigkeit begründeten.

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). 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 Beweismwürdigung 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).

3.3 Die angefochtene Verfügung vom 16. Februar 2018 (act. II 69) basiert massgeblich auf dem orthopädisch-neurologischen MEDAS-Gutachten vom 24. Oktober 2017 (act. II 53.1). Dieses erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiavor) und erbringt vollen Beweis. Die beiden Experten für Neurologie bzw. Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates stützten ihre Beurteilungen auf die wesentlichen Vorakten (act. II 53.1/3 ff.) sowie die Anamnese- und Befunderhebung anlässlich der persönlichen Untersuchung vom 6. September 2017 (act. II 53.1/1). Dabei gelangten sie zum überzeugenden Schluss, dass trotz der von der Beschwerdeführerin berichteten persistierenden belastungs- und bewegungsabhängigen Schmerzsymptomatik (vgl. act. II 53.1/6, 53.1/9 f.) mit Blick auf die klinisch weitestgehend unauffälligen Untersuchungen (act. II 53.1/7, 53.1/12 ff.) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (act. II 53.1/17). In der Folge hielten die MEDAS-Gutachter in nachvollziehbarer Weise allein aus orthopädischer Sicht fest, aufgrund der an den Händen geklagten Beschwerden seien körperlich schwere Verrichtungen ungeeignet und sollten daher nicht mehr zugemutet werden (act. II 53.1/15, 53.1/18). Insoweit ist ebenso schlüssig, wenn die Experten spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis (6. April 2016) in einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit wie auch in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit attestierten (act. II 53.1/18), erachtete doch auch der beratende Arzt des Unfallversicherers, Dr. med. C._____, eine Rückkehr an die angestammte Tätigkeit überwiegend wahrscheinlich bereits ab Anfang August 2016 wieder als möglich und ein gewisses Restmass an Beschwerden bis zum Ablauf von sechs Monaten

nach der erlittenen Fraktur als plausibel (act. II 36.2/2). Zudem wurde die Expertise der MEDAS auch vom RAD-Arzt Dr. med. F._____ für schlüssig befunden (act. II 67).

Die seitens der Beschwerdeführerin gegen das MEDAS-Gutachten erhobene Kritik verfängt nicht:

3.3.1 Die Beschwerdeführerin verweist hierzu vorwiegend auf die Einschätzungen ihrer behandelnden Ärzte und dabei insbesondere auf die während des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichte des Zentrums B._____ vom 23. Januar 2018 (act. I 2) und 1. Mai 2018 (act. I 3) sowie denjenigen von Dr. med. G._____ vom 23. Mai 2018 (act. I 4). Hierzu ist zunächst zu beachten, dass die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits es nicht zulässt, ein medizinisches Administrativ- oder Gutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Von einem medizinischen Sachverständigen, dessen Aufgabe sich klar von jener des behandelnden Arztes unterscheidet, darf und muss erwartet werden, dass er eine objektive Prüfung der medizinischen Situation der begutachteten Person vornimmt, dass er auf neutrale und gründliche Art über seine Feststellungen berichtet und dass sich seine Schlussfolgerungen auf medizinische Erwägungen stützen und nicht auf Werturteile. In formeller Hinsicht muss der Sachverständige mit Bezug auf seine Ansichten eine gewisse Zurückhaltung üben, ungeachtet der Kontroversen, die es zu bestimmten Themen im medizinischen Bereich geben kann: Wenn er beispielsweise Theorien vertritt, die nicht von einem Konsens getragen sind, wird von ihm erwartet, dass er dies kund tut und mit Bezug auf seine Schlussfolgerungen transparent macht. Sein Gutachten muss in sachlicher Art verfasst und frei von abwertenden Bezeichnungen oder von Formulie-

rungen mit subjektivem Anstrich sein, und es soll einem logischen Aufbau folgen, damit der Leser die wissenschaftlichen Überlegungen nachvollziehen kann, die der Ansicht zugrunde liegen, die er vertritt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.3). Diese Vorgaben sind hier von den Sachverständigen eingehalten worden.

3.3.2 Nachdem die Ärzte des Zentrums B. _____ im Bericht vom 23. Januar 2018 diagnostisch noch von beidseitigen Hand-, Handgelenk- und Fingerschmerzen sowie von einer chronischen Schmerzstörung ausgegangen waren (act. I 2/1), hielten sie in ihrer Einschätzung vom 1. Mai 2018 u.a. ein residuales CRPS Typ I der Hände beidseits fest (act. I 3/1). Der neurologische MEDAS-Gutachter erachtete ein CRPS hingegen als nicht passend zur Befundlage und sah die Diagnosekriterien nicht als erfüllt an (vgl. act. II 53.1/7 f., siehe auch Stellungnahme vom 10. Juli 2018 [im Gerichtsossier]). Da es invalidenversicherungsrechtlich indes nicht auf die Diagnose ankommt, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281 sowie Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Januar 2018, 9C_78/2017, E. 5.2), ist vorliegend nicht entscheidend, ob die Beschwerdeführerin nun, wie von ihr und den sie behandelnden Ärzten geltend gemacht, an einem CRPS leidet oder nicht, sondern es ist allein zu prüfen, ob ihr trotz den verbliebenen Schmerzen an den Händen die Ausübung einer Erwerbstätigkeit zumutbar ist (und bejahendenfalls in welchem Umfang). Dies wird von den MEDAS-Gutachtern in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise mit einer in körperlich maximal mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeiten vollständigen Arbeits- und Leistungsfähigkeit bejaht (vgl. E. 3.3 hiuvor). Auch die Ärzte des Zentrums B. _____ haben in ihren beiden Berichten keine Arbeitsunfähigkeit attestiert, was sich durchaus mit den von der Beschwerdeführerin im April 2018 geschilderten Schmerzen vereinbaren lässt, gab sie die Schmerzstärke gemäss Skala (NRS) doch mehrheitlich zwischen 0 und 3 und vereinzelt zwischen 4 und 5 von 10 an. Sie berichtete über vier verschiedene Schmerzbilder an Unterarmen und Händen beidseits, wobei seit Ende 2017 eine Besserung aller Schmerzorte eingetreten sei. Der im Bereich des Kleinfingerballens beidseits lokalisierte Hauptschmerz betrage am Vormittag NRS 2, wobei im Tagesverlauf unter Belastung keine wesentliche Schmerzzunahme, jedoch eine Verstärkung

auf NRS 4 bei Aufliegen der Hand auf eine Unterlage zu verzeichnen sei. Der Handgelenksschmerz betrage am Morgen und in Ruhe NRS 0 bis 2, im Tagesverlauf unter wenig Belastung NRS 2 bis 3 sowie bei Bewegung, Tragen und Velofahren bis zu NRS 5. Im Bereich der Fingergrundgelenke beidseits belaufe sich die Schmerzstärke am Vormittag und abends in Ruhe auf NRS 1 bis 2, bei Bewegung und Ausüben von Druck auf NRS 3. In Ruhe bestünden im Spatium interosseum III und IV keine Schmerzen, bei Tragen, Belastung und Bewegung Schmerzen von NRS 4 bis 5 (act. I 3/2). Das im MEDAS-Gutachten formulierte Zumutbarkeitsprofil ist mit diesen Schilderungen durchaus kompatibel.

3.3.3 Soweit Dr. med. H._____, Facharzt für Chirurgie, Spital D._____, wiederholt eine Arbeitsunfähigkeit attestierte (vgl. act. II 14.2, 29/4, 29/7, 36.3/3, 36.3/15, 36.3/18), ist festzustellen, dass er sich dabei weitgehend auf die Schmerzangaben der Beschwerdeführerin selber, mithin auf rein subjektive Angaben, stützte. Sodann mangelt es dem Bericht von Dr. med. G._____ vom 23. Mai 2018 (act. I 4) mit mehrfach geäusselter Kritik an der Fachkompetenz der MEDAS-Gutachter nicht nur an Objektivität, vielmehr mutet diese Einschätzung über die enge ärztliche Tätigkeit hinausgehend advokatorisch an. Weiter ist der Behandler – wie auch Dr. med. H._____ (vgl. u.a. act. II 14.2/5, 17/4 Ziff. 5.3, 29/10, 36.3/9, 49/13) – im Spital D._____ angestellt (vgl. u.a. act. II 49/23 f., 49/26 ff.), womit er gleichsam Arbeitskollege der Beschwerdeführerin war (vgl. act. II 3/6 Ziff. 5.4, 15/2 Ziff. 1, 28/2). Die Beschwerdeführerin ist denn überdies auch mit beiden Ärzten „per Du“ (vgl. act. II 30/1, 33/1 f.), womit deren Angaben im Lichte der hiervor erwähnten mangelnden Objektivität von vornherein nur ein reduzierter Beweiswert zukommen kann, zumal bei der Beweiswürdigung ihrer Berichte ohnehin der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass Hausärzte wie auch die behandelnden Spezialärzte und schmerztherapeutisch tätigen Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3, Entscheid des EVG [Eidgenössisches Versicherungsgericht, heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Zudem wird verschiedentlich von einem in Remission befindlichen Schmerzgeschehen bzw. nur noch von residuellen Beschwerden berichtet (vgl. act. II

36.3/5, 49/6, 49/20, act. I 3/1). Gegen eine (nach wie vor) erhebliche Ausprägung des Beschwerdebildes spricht denn auch, dass die Beschwerdeführerin gegenüber den MEDAS-Gutachtern angab, ab Sommer 2016 dreimal wöchentlich Ergo- und Physiotherapie besucht sowie ein Heimprogramm durchgeführt zu haben (act. II 53.1/10), am 6. September 2017 zur aktuellen Therapie nebst gelegentlicher Bioresonanz einzig noch die einmal wöchentliche Ergotherapie erwähnte und selber von einer deutlichen während des Jahres 2016 eingetretenen Besserung berichtete (act. II 53.1/6).

3.4 Schliesslich wiesen die Ärzte des Zentrums B._____ auf eine schwierige psychosoziale Situation der Beschwerdeführerin – insbesondere mit Verlust des Arbeitsplatzes (per 30. April 2017 [vgl. act. II 28/2]) – hin (act. I 2/2). Dabei ist allerdings zu beachten, dass solche äusseren Umstände bzw. daraus allenfalls resultierende psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, grundsätzlich nicht invalidisierend sind und damit nicht zur Invalidenrente berechtigen (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Eine fachärztliche Diagnose einer allfälligen psychiatrischen Erkrankung liegt denn hier auch nicht vor. So war zwar ein Psychologe, aber kein psychiatrischer Facharzt für die Erstellung der Berichte des Zentrums B._____ beigezogen worden und auch die weiteren Akten lassen keine Hinweise auf anderes als bloss mit dem Verlust des Arbeitsplatzes zusammenhängendes reaktives depressives Geschehen zu, berichtete die Beschwerdeführerin doch zuvor von stabilen und harmonischen sozialen und familiären Verhältnissen (act. II 49/36). Dass die Beschwerdeführerin an einem invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden leidet, macht sie selber denn auch nicht geltend.

3.5 Zusammenfassend besteht vorliegend kein Anlass, an der Zuverlässigkeit der gutachterlichen Beurteilung durch die Experten der MEDAS zu zweifeln. Überdies ist der Sachverhalt auch nach der überzeugenden Einschätzung des RAD (act. II 67) rechtsgenügend abgeklärt, so dass in antizipierter Beweiswürdigung auf weitere Beweismassnahmen zu verzichten ist (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). In der Folge hat als erstellt zu gelten, dass die Beschwerdeführerin seit sechs Monaten nach dem Unfall

vom 6. April 2016 sowohl in der bisherigen Tätigkeit als ... wie auch in einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten wieder vollständig arbeits- und leistungsfähig ist.

4.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, womit sich die Durchführung eines Einkommensvergleichs (E. 2.3 hiervor) erübrigt. Demzufolge ist die gegen die leistungsabweisende Verfügung vom 16. Februar 2018 (act. II 69) erhobene Beschwerde abzuweisen.

Zu bemerken bleibt, dass über die von der Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 29. Mai 2018 (im Gerichtsossier) aufgeworfenen Fragen betreffend allfällige Rückzahlung von Krankentaggeldern und Zahlungen der Arbeitslosenversicherung nicht im vorliegenden Verfahren zu befinden ist.

5.

5.1 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Es besteht kein 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):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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.