

200 19 704 IV
KNB/SVE/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. Oktober 2021

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. Juli 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1968 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), ..., meldete sich erstmals im Mai 2016 unter Hinweis auf Rheuma, Fibromyalgie und Arthrose bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen und gewährte insbesondere ein Belastbarkeits-training bei der Abklärungsstelle C. _____ in ... von 6. Juni bis 10. September 2017 (AB 44). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 60) verneinte sie mit Verfügung vom 12. Dezember 2017 (AB 68) einen Anspruch auf berufliche Massnahmen. Diese Verfügung blieb unangefochten. Die IVB veranlasste weiter eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. D. _____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie (Expertise vom 24. April 2018 [AB 76]). Mit Vorbescheid vom 29. August 2018 (AB 84) stellte die IVB eine von 1. November 2016 bis 31. März 2017 befristete, ganze Rente in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 87, 92, 94) verfügte die IVB am 19. Juli 2019 dem Vorbescheid entsprechend (AB 98).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 13. September 2019 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die IV-Verfügung vom 19. Juli 2019 sei insoweit aufzuheben, als dass sie die Rente auf die Zeit von 1. November 2016 bis 31. März 2017 beschränkt.
2. Der Beschwerdeführerin sei eine unbefristete Rente auszurichten.
3. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen, insbesondere zur Erstellung eines somatischen Gutachtens.

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort auf Abweisung der Beschwerde.

In der Folge hielt die Beschwerdeführerin an ihren Rechtsbegehren fest.

Am 17. August 2021 hielt die Beschwerdeführerin - in Kenntnis davon, dass im Falle einer Beschwerdegutheissung im Sinne des Eventualbegehrens die gesamte Verfügung aufgehoben wird (Schreiben des Gerichts vom 13. August 2021) - an der Beschwerde fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 19. Juli 2019 (AB 98), mit welcher der Beschwerdeführerin eine von 1. November 2016 bis

31. März 2017 befristete ganze Invalidenrente zugesprochen wurde. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHJ 2001 S. 278 E. 1a; SVR 2019 IV Nr. 33 S. 100 E. 3.2). Folglich ist vorliegend der grundsätzliche Anspruch auf eine IV-Rente, unter Einschluss der unbestritten gebliebenen Zusprache einer ganzen Rente von 1. November 2016 bis 31. März 2017, zu prüfen.

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 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabebereich 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.

2.4 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann

gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird (BGE 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2019 IV Nr. 2 S. 4 E. 2).

2.4.1 Ändert sich der IV-Grad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.4.2 Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2019 IV Nr. 2 S. 4 E. 2).

2.5 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Was den Gesundheitszustand bzw. die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin betrifft, ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

3.1.1 Im Bericht vom 15. April 2016 (AB 11 S. 9) diagnostizierte Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, eine chronische, lumbospondylogene, fraglich radikuläre Schmerzsymptomatik (Osteochondrose L5/S1 mit Diskusprotrusion und möglicher extraforaminaler Tangierung der Wurzel L5; Fazettengelenksarthrosen L5/S1 und L4/5), eine Schmerzschwellenstörung im Sinne eines Fibromyalgie-Syndroms (somatische Trigger: degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule [LWS]), jahrelange hohe Arbeitsbelastung als ...) sowie eine Adipositas. Die Beschwerdeführerin habe chronifizierte, lumbosakral und spondylogen ausstrahlende Schmerzen rechts. Somatisch relevante Befunde seien die Segmentdegeneration L5/S1, weniger am Segment L4/5. Entsprechend dieser lokalen Befunde seien vor einem Jahr offenbar zumindest teilweise erfolgreiche Fazettengelenksblockaden erfolgt. Dadurch habe während mehreren Monaten eine Schmerzlinderung bestanden. Die Symptomatik sei aktuell seit November wieder exazerbiert.

3.1.2 Dr. med. F. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 23. Mai 2016 (AB 11 S. 2) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisch lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (Fazettengelenksarthrose L5/S1 und L4/5; Osteochondrose L5/S1 mit Diskusprotrusion und möglicher extraforaminaler Tangierung der Wurzel L5) sowie ein Fibromyalgie-Syndrom (S. 2 Ziff. 1.1). Es bestünden seit Jahren Schmerzen im Bereich der oberen Halswirbelsäule (HWS; Differenzialdiagnose [DD: i.R. Fibromyalgie]). Seit Mai 2015 leide die Beschwerdeführerin an chronisch intermittierenden resp. aktuell therapieresistenten Schmerzen im Bereich der LWS mit Ausstrahlung ins rechte Bein. Es lägen multiple degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit fraglich radikulärer Ausstrahlungssymptomatik vor. Die Prognose sei eher ungünstig durch Chronifizierung und die Begleiterkrankung Fibromyalgie (S. 3 Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin sei in der Leistungsfähigkeit resp. beim Durchführen von Arbeitsschritten eingeschränkt. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizi-

nischer Sicht noch zumutbar, zur Zeit sei aber nicht abschliessend beurteilbar in welchem zeitlichen Rahmen. Aktuell bestehe eine Einschränkung beim Heben von Lasten von mehr als fünf Kilogramm, bei Rotations- und Beugebewegungen sowie bei Arbeiten unter Zeitdruck (S. 4 Ziff. 1.6).

3.1.3 Die Beschwerdeführerin war von 14. bis 19. Juli 2016 in der Klinik G._____ hospitalisiert (vgl. Austrittsbericht vom 19. Juli 2016 [AB 18 S. 4]). Im Bericht vom 20. Juli 2016 (AB 18 S. 2) z.H. der Beschwerdegegnerin hielten med. prakt. H._____, Assistenzarzt Orthopädie, sowie Dr. med. I._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Prof. Dr. med. J._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine ventrale Diskektomie L5/S1 und eine Segmentaufrichtung mit Interposition eines Synfix-Cages am 15. Juli 2016 bei einem chronisch lumbovertebralen Schmerzsyndrom mit einer rechtsseitigen Beinschmerzsymptomatik fest. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit wurden wiederholte typische Thoraxschmerzen, eine Anstrengungsdyspnoe, eine Leistungsintoleranz, ein Fibromyalgie-Syndrom sowie eine Migräne aufgeführt (Ziff. 1.1). Aktuell bestehe seit dem 14. Juli 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 1.6). Bei körperlicher Belastung komme es zur Schmerzzunahme. Die Tätigkeit im ... mit hohen körperlichen Belastungen sei tabu. Dies sei für den medizinischen Befund kontraindiziert (Ziff. 1.7).

Dieselben Ärzte diagnostizierten im Bericht vom 12. September 2016 (AB 22 S. 1) z.H. der Beschwerdegegnerin weiterhin ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach ALIF (anterior lumbar interbody fusion) L5/S1 (Ziff. 3). Der Gesundheitszustand (Ziff. 1) bzw. die Rücken- und Beinschmerzsymptomatik habe sich im Vergleich zur präoperativen Situation verschlechtert (Ziff. 4). Es bestünden belastungsabhängige Schmerzen im LWS-Bereich und im Bein (Ziff. 12). Die Prognose sei zum jetzigen Zeitpunkt schwer abzuschätzen (Ziff.9). Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit ab dem 14. Juli 2016 bis auf weiteres (Ziff. 11).

3.1.4 Im Sprechstundenbericht vom 18. November 2016 (AB 27 S. 2) diagnostizierte Prof. Dr. med. J._____ einen Zustand nach ALIF L5/S1 (Synfix Evolution, Beckenkamm) vom 15. Juli 2016 sowie eine persistie-

rende chronische Schmerzproblematik/Ischialgie-Symptomatik rechts. Bei der Beschwerdeführerin persistierten nach stattgehabtem Eingriff lokale Schmerzen im Kreuz, zusätzlich sei auch eine gewisse Beinsymptomatik rechts gegeben. Es sei ein Dauerschmerz vorhanden, auch nachts. Die Beschwerdeführerin könne in keiner Position länger verharren. Vom Organischen her sei keine kritische Veränderung ersichtlich. Man könne erwarten, dass sich innerhalb der nächsten Monate auch die Spondylodese L5/S1 noch knöchern konsolidiere. Die Beschwerdeführerin solle versuchen, ihre Arbeitstätigkeit zu 30 % wieder aufzunehmen. Vom Strukturellen her sei festzuhalten, dass der Rücken sonst in einem ausgezeichneten Zustand sei ohne andere Zeichen einer degenerativen Veränderung. Vier Monate nach der Operation sei die Stabilität im operativen Segment auch so weit gewährleistet, dass sich die Beschwerdeführerin nicht in irgendeiner Form einen Schaden zufüge, auch wenn die Schmerzen halt noch persistierten. Auch mittel- und längerfristig müsse in der Beurteilung der Zumutbarkeit rein bezogen auf die organischen/fassbaren Veränderungen festgehalten werden, dass hier eine mittelschwere Arbeitstätigkeit ohne Einschränkung ab sechs Monaten postoperativ möglich sei.

3.1.5 Dr. med. F. _____ hielt im Verlaufsbericht vom 27. Februar 2017 (AB 32) als neue Diagnose eine Episode mit Ileitis terminalis (Dezember 2016), welche aktuell in Abheilung sei, eine Gastritis sowie eine depressive Episode fest (Ziff. 3). Schmerzen lumbal oder an anderen Körperstellen träten wahrscheinlich immer wieder verstärkt und belastungsabhängig auf (Ziff. 9). Die lumbalen Schmerzen verstärkten sich bei Rotationsbewegungen des Oberkörpers und beim Beugen sowie längeren Stehen. Es bestünden Schwierigkeiten beim ... mit ... und Aufheben von Gegenständen vom Boden (Ziff. 12). Zumutbar wären eher leichtere ...tätigkeiten (z.B. ...) ohne häufigen Einsatz des ... in stressfreier Umgebung (Ziff. 13). Möglich sei das ... von ... auf Hüfthöhe mit der Möglichkeit, sich zwischendurch hinsetzen zu können. Zu vermeiden seien Rotationsbewegungen mit Kraftanwendung des Oberkörpers (Ziff. 14). Im Prinzip sei die aktuelle Tätigkeit als ... suboptimal, aber aufgrund fehlender Ausbildung und Sprachkenntnisse seien „(keine) wenige“ berufliche Alternativen vorhanden (Ziff. 16).

3.1.6 In der Beurteilung vom 9. März 2017 (AB 33) diagnostizierte med. pract. K. _____, Praktische Ärztin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), als IV-relevante Gesundheitsschäden ein chronisch lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (Status nach ALIF L5/S1 vom 15. Juli 2016 bei erosiver Osteochondrose L5/S1 mit Diskusprotrusion und extraforaminaler Tangierung der Wurzel L5; Fazettenarthrose L5/S1 und L4/L5) sowie ein Fibromyalgie-Syndrom mit generalisierten Schmerzen im Schulterbereich, HWS und wahrscheinlicher Akzentuierung der lumbospondylogenen Schmerzen. Die Beschwerdeführerin sei aktuell noch rekonvaleszent mit einer Arbeitsfähigkeit von 20 % in der angestammten Tätigkeit als ..., wobei ab 13. März 2017 eine Steigerung auf 30 % geplant sei. Die aktuellen Angaben von Dr. med. F. _____ seien nachvollziehbar. Nach Ablauf der (interindividuellen) Rekonvaleszenzzeit mit Aufbau der Muskulatur sollte in einer angepassten wechselbelastenden Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten, ohne Zwangshaltungen wie häufiges Bücken, Knien oder Kauern, ohne Überkopf-Arbeiten, ohne Umwelteinflüsse wie Zugluft, ohne Angewiesen sein auf Richtungshören und ohne repetitive Rumpfrotation im Sitzen/Stehen eine Arbeitsfähigkeit von 80 bis 100 % erreicht werden können (S. 15).

3.1.7 Im Verlaufsbericht vom 10. September 2017 (AB 48 S. 2) hielt Dr. med. F. _____ weiterhin fest, bei körperlicher Tätigkeit mit Wechselbelastung ohne Handhabung von schweren Lasten (über fünf Kilogramm) und frequenten Rotationsbewegungen von Oberkörper und Hüfte sowie häufigem Beugen sollte eine Erwerbstätigkeit zumutbar sein (S. 3 Ziff. 13). Mit Ausnahme der vorgenannten Bewegungen (Heben, Rotation, häufiges Beugen) sollte eine Tätigkeit zumindest bis zu einem Pensum von 60 % zumutbar sein. Trotz intensivem Therapieangebot (Ergotherapie, Physiotherapie, Medikation) und Arbeitstraining sei dieses Pensum aktuell nicht erreicht worden (Ziff. 14).

3.1.8 Prof. Dr. med. J. _____ hielt im Bericht vom 20. Oktober 2017 (AB 53) eine chronifizierte lumboischialgische Schmerzproblematik rechtsbetont bei einem Zustand nach ALIF L5/S1 (Synfix Evolution, Beckenkamm) vom 15. Juli 2016 sowie eine chronische Schmerzkrankheit (Fibromyalgie) fest. 15 Monate nach operativer Versorgung müsse konstatiert

werden, dass die knöcherne Konsolidation nicht vollständig stattgefunden habe. Das Pseudoarthrose-Risiko betrage etwa 5 % bei gesunden Patienten, da die Beschwerdeführerin Raucherin sei, sei die Pseudoarthrose-Rate im Schnitt bei etwa 10 % gegeben.

3.1.9 Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, vom RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 24. Oktober 2017 (AB 54) fest, eine mittelschwere bis schwere Tätigkeit in mehrheitlich stehender Position mit häufiger Rotation des Rumpfes sei definitiv nicht mehr zumutbar. Es stelle sich entgegen der Ansicht von Prof. Dr. med. J. _____, welcher sage, die Situation könne trotz der Pseudoarthrose ohne zusätzliche Risiken einzugehen, akzeptiert werden, die Frage der Stabilisierung des Rückens und der Korrektur dieser Pseudoarthrose, bevor ein Zumutbarkeitsprofil in einer angepassten Tätigkeit erstellt werde. Auf jeden Fall sollte es sich bei dieser angepassten Tätigkeit um eine leichte und nicht mehr um eine Tätigkeit in der ... handeln. Weiter stelle sich die Frage, ob eine Operation notwendig sei, wenn die Indikation zu dieser diskutierbar sei, insbesondere unter Berücksichtigung, dass die Komplikation dieses Eingriffs an sich schon zu einer objektiven funktionellen Einschränkung werde. Das Dossier werde an Prof. Dr. med. M. _____, Facharzt für Radiologie, zur Stellungnahme gesendet. In psychiatrischer Hinsicht sei eine Begutachtung bei Dr. med. D. _____ zu veranlassen.

3.1.10 In der Stellungnahme vom 23. November 2017 (AB 66) hält Prof. Dr. med. M. _____ fest, die Diagnose einer Pseudoarthrose lasse sich nicht bestätigen. Die Spondylodese weise keine Materiallockerung auf. Es sei eine allmähliche Brückenbildung zu erkennen, die sicherlich hinter den Erwartungen in dieser Altersgruppe zurückbleibe. Dementsprechend sei es eine langsamere Ossifikation als typischerweise erwartet werden könne. Es könne vermutet werden, dass die Konsolidation und Überbauung dieses Intervertebralraumes in den nächsten sechs Monaten fortschreite.

3.1.11 Im psychiatrischen Gutachten vom 24. April 2018 (AB 76.1) diagnostizierte Dr. med. D. _____ ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Angst und Depression, gemischt (ICD-10 F41.2). Unabhängig von allen Überlegungen zur differentialdiagnostischen Einordnung und ICD-10-

konformen Codierung sei abschliessend zusammenfassend festzuhalten, die residuale anxiodepressive Symptomatik sei aus rein psychiatrischer Sicht allenfalls noch als leicht zu quantifizieren, dies gar ohne jegliche psychiatrisch-psychotherapeutische oder psychopharmakologische Unterstützung. Auf psychiatrischem Fachgebiet sei sicherlich nicht von einem schweren und therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren, dauerhaft invalidisierenden Residualzustand auszugehen, vielmehr begründeten die vereinzelt reaktiv auftretenden, residualen psychischen Symptome im Sinne von „ICD-10 F41.2 Angst und Depression, gemischt“ keinerlei Minderung der Arbeitsfähigkeit. Die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer echten depressiven Episode, gar einer rezidivierenden Störung im Sinne einer wirklichen „affektiven Psychose“ im Sinne des Kapitels F3 der ICD-10 seien nicht haltbar. Es bestehe keine für diese Diagnosen typische Symptomatik. Auch leide die Beschwerdeführerin nicht an einer Persönlichkeitsstörung. Abschliessend sei zusammenfassend festzuhalten, dass die vereinzelt reaktiv auftretenden, allenfalls leicht ausgeprägten anxiodepressiven Symptome im Sinne der Diagnose „ICD-10 F41.2 Angst und Depression, gemischt“ bei der Beschwerdeführerin aus rein medizinisch-psychiatrischer Sicht keine durchgehende und höhergradige Arbeitsunfähigkeit in einer dem Alter, Ausbildungsstand und den tatsächlichen körperlichen Beeinträchtigungen angepassten Tätigkeiten begründeten. Die bei der beruflichen Abklärungsmassnahme beobachtete Leistungsminderung sei somit nicht durch eine Störung auf psychiatrischem Fachgebiet zu erklären, seien doch schwerwiegendere Störungen wie eine rezidivierende depressive Störung, eine Persönlichkeitsstörung oder eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie auch anderweitige psychiatrische Störungsbilder mit hoher Sicherheit auszuschliessen. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 21 Ziff. 3) in der bisherigen Tätigkeit in der ... oder in der ...abteilung des N. Die diesbezüglichen Beeinträchtigungen erklärten sich durch die körperlichen Probleme (S. 27 Ziff. VI Ziff. 4).

3.1.12 In der Beurteilung vom 9. Mai 2018 (AB 82) erachtete der RAD-Arzt Dr. med. L. eine leichte Tätigkeit in einer wechselnden Position in einem 100%-Pensum als zumutbar, wobei jedoch eine Leistungsminderung von 20 % aufgrund der erhöhten Anzahl an Pausen wegen der segmenta-

len Ruhigstellung des Rückens durch den chirurgischen Eingriff und den degenerativen Erkrankungen im Lendenbereich bestehe. Dieses Zumutbarkeitsprofil entspreche Dr. med. F. _____s Beschreibung einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 60 % in einer angepassten Tätigkeit. Eine rein sitzende oder stehende Tätigkeit sei nicht zumutbar. Arbeiten auf Schulterhöhe wie auch fern vom Körper sowie auf der Leiter oder auf dem Gerüst seien nicht zumutbar. Repetitive rumpfbeugende Tätigkeiten sowie kniende oder hockende seien ebenfalls nicht zumutbar. Spiro-ergometrisch ergebe sich aus dem Dossier, dass die Beschwerdeführerin zu einer leichten Tätigkeit in der Lage sei. Es bleibe zu präzisieren, dass die Akten keine objektiven Beweise für eine körperliche, geistige und/oder intellektuelle Gesundheitsbeeinträchtigung enthielten, die mit objektiven funktionellen Einschränkungen einhergingen, die Grundlage für eine erhebliche langfristige Arbeitsunfähigkeit werden könnten. So belegten die Ausführungen der Rheumatologie des Spitals O. _____ sowie von Dr. med. E. _____ und Prof. Dr. med. J. _____ objektiv betrachtet kein neurologisches Defizit.

In der Aktennotiz vom 5. Juli 2018 (AB 83) hielt Dr. med. L. _____ so dann fest, die Beschwerdeführerin sei im Juli 2016 an der Lendenwirbelsäule operiert worden, weshalb in diesem Zusammenhang eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % von Juli bis November 2016 bestanden habe. Die Entwicklungen nach der Operation ergäben keine objektivierbaren funktionellen Einschränkungen, welche eine Arbeitsunfähigkeit von langer Dauer begründeten. Das Zumutbarkeitsprofil in der Beurteilung vom 9. Mai 2018 (AB 82) sei von Januar bis Juni 2016 und ab Januar 2017 gültig.

3.1.13 Im Bericht vom 1. November 2018 (AB 94) diagnostizierte Dr. med. P. _____, Facharzt für Neurochirurgie, eine Lumboischialgie rechts (Status nach ventraler Spondylodese L5/S1; August 2016). Die Situation sei schwierig einzuschätzen, weder prä- noch postoperativ zeige sich eine Affektion nervaler Strukturen. Eine sichere Pseudoarthrose sei allerdings auch nicht ersichtlich. Daher bleibe eine gewisse Skepsis bezüglich der in Bern offensichtlich vorgeschlagenen zusätzlichen dorsalen Fixierung. Empfohlen würden eine muskulo-skelettale Rehabilitation mit inte-

griertem Schmerzprogramm, die Sistierung des Rauchens und eine Gewichtsreduktion.

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 Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

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. 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; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützt die vorliegend angefochtene Verfügung auf die RAD-ärztliche Aktenbeurteilung vom 9. Mai 2018 (AB 82) und die RAD-Aktennotiz vom 5. Juli 2018 (AB 83) von Dr. med. L. _____, woran dieser am 7. Februar 2019 festhielt (vgl. AB 95 S. 11).

3.3.1 Psychiatrischerseits verweist Dr. med. L. _____ in der Einschätzung vom 9. Mai 2018 (AB 82 S. 3, 7) auf die Expertise von Dr. med. D. _____ vom 24. April 2018 (AB 76.1). Diese erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung gestellten Anforderungen an Expertisen (vgl. E. 3.2 hiervor). Die Feststellungen des Gutachters beruhen auf eigener spezialärztlicher Abklärung und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum psychischen Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Die fachärztliche Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht ist schlüssig und widerspruchsfrei. Dem Gutachten kommt damit voller Beweiswert zu, weshalb Dr. med. L. _____ in seiner Stellungnahme vom 9. Mai 2018 (AB 82 S. 3) zu Recht darauf verweist. Es liegen keine medizinischen Berichte in den Akten, welche Zweifel an der Einschätzung des Experten wecken. Damit ist erstellt und denn auch unbestritten, dass aus psychiatrischer Sicht das funktionelle Leistungsvermögen nicht beeinträchtigt ist, d.h. keine Arbeitsunfähigkeit besteht (vgl. AB 76.1 S. 27 Ziff. 1 f.).

3.3.2 In somatischer Hinsicht stützt sich die Beschwerdegegnerin auf das in der Aktenbeurteilung von Dr. med. L. _____ vom 9. Mai 2018 (AB 82) formulierte Zumutbarkeitsprofil, wonach in einer angepassten leichten Tätigkeit mit wechselnder Position eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer reduzierten Leistungsfähigkeit von 20 % bestehe. Wie es sich mit dieser Einschätzung verhält, kann letztlich offen bleiben. Denn vorliegend handelt es sich primär um ein orthopädisches Problem, zu dessen Beurteilung es Dr. med. L. _____ als Internist und Rheumatologe an der ärztlichen Fachkompetenz fehlt, ist doch für eine eigenständige medizinische Einschätzung als Grundlage für die Beurteilung des Leistungsanspruchs eine spezifische fachärztliche Qualifikation erforderlich (Entscheid des BGer vom 30. November 2020, 9C_550/2020, E. 5.3). Überdies fehlt es an einer Umschreibung des funktionellen Leistungsvermögens (Belastungsprofil) basierend auf einer (aktuellen) klinischen Untersuchung mit qualitativer und quantitativer Analyse der Funktionsstörung des Bewegungsapparates, stellt doch eine solche Untersuchung die wichtigste und feinste Prüfung bei Gesundheitsschäden an der Wirbelsäule dar (Entscheid des BGer vom 1. September 2015, 9C_335/2015, E. 4.2.1 f., und vom 12. Mai 2020, 8C_839/2019, E. 3.2.1). So hatte der RAD-Arzt vorgängig in seiner Stellungnahme vom 24. Oktober 2017 (AB 54) denn auch selbst festgehalten, nach Einholung einer radiologischen Stellungnahme bei Prof. Dr. med. M. _____ sei die Situation in orthopädischer Hinsicht extern beurteilen zu lassen (vgl. hierzu S. 10 Ziff. 1 lit. a und b). Die Aktenbeurteilung von Dr. med. L. _____ vom 9. Mai 2018 (AB 82 S. 7) erlaubt nach dem Dargelegten in somatischer Hinsicht keine abschliessende Beurteilung.

Überhaupt wurde in keinem der vorliegend für die somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen in erster Linie in Frage kommenden Fachgebiete (Orthopädie, Rheumatologie sowie Neurologie) spezifisch im Hinblick auf eine fachärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit samt Umschreibung des funktionellen Leistungsvermögens eine klinische Untersuchung der Beschwerdeführerin vorgenommen und gestützt darauf abschliessend ein Zumutbarkeitsprofil erstellt, mithin der Sachverhalt bisher ungenügend abgeklärt (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. III Ziff. 1; Stellungnahme S. 3 Ziff. III Ziff. 4). Daran ändern auch die zahlreichen durch die behandelnden Ärzte vorgenommenen klinischen Untersuchungen (vgl. AB 11 S. 9, AB 28 S. 2,

AB 18 S. 7 f., AB 27 S. 2, 4 f., AB 38.2 S. 3, AB 53) nichts, dienten diese doch vorab der Beurteilung der (jeweils aktuellen) Situation und den Therapieoptionen, nicht jedoch einer abschliessenden Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Auch auf das von der RAD-Ärztin med. pract. K._____ am 9. März 2017 formulierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. AB 33) kann nach dem Gesagten nicht abschliessend abgestellt werden.

3.3.3 Was den durch die Beschwerdegegnerin bejahten Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine ganze Rente von 1. November 2016 bis 31. März 2017 betrifft, ist auch diesbezüglich aufgrund ungenügender Sachverhaltsabklärung nicht rechtsgenügend erstellt, ob das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vgl. E. 2.2 hiervor), wonach die Beschwerdeführerin während einem Jahr zu mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sein müsste, erfüllt ist und in welcher Höhe und in welchem Zeitraum gegebenenfalls ein Rentenanspruch besteht.

3.4 Zusammenfassend hätte die Beschwerdegegnerin es nicht bei der RAD-Aktenbeurteilung bewenden lassen dürfen, ist doch der medizinische Sachverhalt in somatischer Hinsicht ungenügend abgeklärt.

3.5 Die Beschwerde erweist sich damit hinsichtlich des eventualiter gestellten Antrages, mit welchem eine Rückweisung an die Vorinstanz beantragt wird, als begründet. Folglich erübrigen sich Ausführungen zur Bemessung des Invaliditätsgrades bzw. zu den entsprechenden Vergleichseinkommen.

Vielmehr ist die angefochtene Verfügung vom 19. Juli 2019 (AB 98) zwecks Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung in Form eines externen somatischen Gutachtens in den Fachdisziplinen Orthopädie, Rheumatologie sowie Neurologie im Sinne der Erwägungen aufzuheben, damit die Beschwerdegegnerin hiernach über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge.

4.

4.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 82a ATSG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Die von Rechtsanwalt B._____ eingereichte Kostennote vom 30. März 2020 sowie die ergänzende Kostennote vom 17. August 2021 mit einem insgesamt geltend gemachten zeitlichen Aufwand von 12.3 Stunden sind nicht zu beanstanden. Gestützt auf diese Kostennoten wird die Parteienschädigung der Beschwerdeführerin für das vorliegende Verfahren auf Fr. 3'420.85 (Honorar von Fr. 3'111.30 zuzüglich Auslagen von Fr. 65.-- und MWST von Fr. 244.55) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 19. Juli 2019 aufgehoben und die Sache an die Be-

schwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie - nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen - neu verfüge.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'420.85 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - 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.