

200 16 1124 IV
LOU/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 24. Oktober 2017

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. Oktober 2016



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wurde am 27. April 2012 von ihrem Krankentaggeldversicherer bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) unter Hinweis auf eine Herzkrankheit sowie eine seit dem 13. Dezember 2011 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit zur Früherfassung gemeldet (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 5). Mit Schreiben vom 17. September 2012 (act. II 8) teilte die IVB der Versicherten mit, da sie trotz wiederholter Aufforderung keine Anmeldung zum Leistungsbezug eingereicht habe, werde der Fall abgeschlossen.

Nachdem sich die Versicherte am 25. Juni 2015 (act. II 9) bei der IVB telefonisch nach dem Stand eines angeblich von ihr am 23. Dezember 2013 eingereichten Leistungsgesuchs erkundigt hatte, reichte sie am 29. September 2015 zwei vom 13. Dezember 2013 und vom 31. August 2015 datierende Leistungsgesuche ein (act. II 12). Hierauf tätigte die IVB erwerbliche Abklärungen und holte medizinische Berichte sowie einen ärztlichen Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein, welcher als Diagnosen eine dilatative Kardiopathie, eine normalisierte Herzfunktion sowie eine Erschöpfungsdepression festhielt (act. II 33 S. 4). Auf dessen Empfehlung liess die IVB die Versicherte durch Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 17. August 2016 [act. II 42.1]). Mit Vorbescheid vom 24. August 2016 (act. II 43) stellte sie der Versicherten die Ablehnung eines Leistungs- bzw. Rentenanspruchs in Aussicht mit der Begründung, dass ein Anspruch auf Rentenleistungen frühestens per März 2016 habe entstehen können, jedoch spätestens seit April 2015 kein Gesundheitsschaden im Rechtssinne mehr vorliege. Daran hielt die IVB – nachdem die Versicherte Einwand erhoben hatte – mit Verfügung vom 17. Oktober 2016 fest (act. II 49).

B.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 17. November 2016 Beschwerde. Sie stellt den folgenden Antrag:

Die Verfügung vom 17. Oktober 2016 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zur neuen Sachverhaltsabklärung und Beurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

- unter Entschädigungsfolge -

In der Begründung macht die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, die Beschwerdegegnerin habe den Sachverhalt nicht hinreichend abgeklärt. Insbesondere sei das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. _____ nicht beweiskräftig. Mit Erlass der angefochtenen Verfügung sei auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nicht nur seitens ihrer Hausärztin sondern auch vom Spezialarzt zu 100% arbeitsunfähig beurteilt werde, übergangen worden. Gemäss Dr. med. D. _____, Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, leide die Beschwerdeführerin an einer schweren posttraumatischen psychofunktionellen Belastungsstörung. Weiter bestehe der Verdacht auf eine Burnout-Problematik und eine depressive Verstimmung. Weitere Abklärungen seien damit zwingend angezeigt. Indem die Beschwerdegegnerin zudem dem „Wunsch der Beschwerdeführerin“ (S. 5, Ziffer 2.2), ihre Hausärztin zu kontaktieren, nicht gefolgt sei, habe sie ihr rechtliches Gehör verletzt.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Dezember 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

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 17. Oktober 2016 (act. II 49). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer

Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Zunächst ist hinsichtlich des massgeblichen Beurteilungszeitraums mit Blick auf den vorliegend streitgegenständlichen Rentenanspruch Folgendes festzuhalten: Nach der durch den Krankentaggeldversicherer erfolgten Meldung zur Früherfassung am 27. April 2012 (act. II 5; vgl. Art. 3b Abs. 2 lit. f IVG) forderte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin gestützt auf Art. 3c Abs. 6 IVG vergeblich auf, sich bei der Invalidenversicherung anzumelden, weshalb sie den Fall mit Schreiben vom 17. September 2012 (act. II 8) abschloss verbunden mit dem Hinweis, dass die unterbliebene IV-Anmeldung bei einer späteren Anmeldung zu Leistungskürzungen oder -verweigerungen führen könne. Laut den IV-Akten erfolgte

auch in der Zeit danach (vorerst) keine Anmeldung zum Leistungs- bzw. Rentenbezug.

Soweit die Beschwerdeführerin sodann mit der am 29. September 2015 (act. II 12 S. 1) bei der Beschwerdegegnerin erneut eingegangenen Anmeldung zum Leistungsbezug geltend macht, sie habe bereits am 13. Dezember 2013 ein Leistungsgesuch eingereicht – wobei sie auf eine Kopie einer Anmeldung mit dem nämlichen Datum verweist (vgl. S. 12) –, kann darauf nicht abgestellt werden, da ihr der Beweis misslingt, dass die Anmeldung im Dezember 2013 tatsächlich erfolgt war. Dies räumte die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 27. November 2015 (act. II 23) denn auch selber ein und macht namentlich auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren nichts Gegenteiliges geltend. Indem die Anmeldung zur Früherfassung keine Rechte begründet, sondern allein Verhaltenspflichten der versicherten Person (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 12, Rz. 1), entfaltet sie mit Bezug auf den zeitlichen Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs keine Rechtswirkungen. Massgebend ist demnach die vom 31. August 2015 datierende Anmeldung (act. II 12 S. 6), welche nach der Aktenlage zusammen mit dem Gesuch vom 13. Dezember 2013 am 26. September 2015 der Post übergeben wurde (S. 14) und bei der Beschwerdegegnerin am 29. September 2015 (S. 1) einging. Ein potentieller Rentenanspruch bestände gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG mit der Beschwerdegegnerin somit frühestens per März 2016, wenn und soweit in diesem Zeitpunkt die Tatbestandsvoraussetzungen für den Leistungsbezug (vgl. E. 2.1 f. vorne) erfüllt waren. Dies wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht bestritten.

3.2 Im vorliegend massgebenden Beurteilungszeitraum bis zur angefochtenen Verfügung vom 17. Oktober 2016 (act. II 49; vgl. E. 3.1 hiervor) präsentierte sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aufgrund der medizinischen Akten im Wesentlichen wie folgt:

3.2.1 Im Bericht vom 22. April 2015 (act. II 20.2 S. 4 f.) hielt Dr. med. E. _____, Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, fest, bei der Beschwerdeführerin sei im Jahre 2013 eine schwerste dilatierende Kardiomyopathie diagnostiziert worden. Bei der Abklärung habe keine ein-

deutige Ätiologie gefunden werden können, insbesondere sei keine ischämische Komponente dabei. Unter konsequenter medikamentöser Herzinsuffizienzbehandlung habe sich nun wie ein Wunder die linksventrikuläre Funktion und Dimension normalisiert. Bei der heutigen Untersuchung habe er einen nicht mehr dilatierten linken Ventrikel gefunden, welcher praktisch eine normale Auswurfleistung zeige. Ein Vitium liege nicht vor. Die Beschwerdeführerin sei klinisch kardial kompensiert. Sie habe jedoch ein Burnout „gemacht“ und „etwas Konzentrationsschwierigkeiten bei den ...“ (S. 4).

3.2.2 Dr. med. F. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 8. Dezember 2015 (act. II 25 S. 2-7) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Kardiomyopathie (S. 2) fest. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit Dezember 2011 100%; selbst ... könnten nicht mehr ausgeführt werden (S. 4).

3.2.3 Dr. med. E. _____ hielt im Bericht vom 28. Dezember 2015 (act. II 31 S. 7 f.) fest, der Beschwerdeführerin gehe es ordentlich. Sie sei aber sehr rasch ermüdbar. Sie könne eine Viertelstunde geradeaus gehen, etwa 10 bis 15 Minuten Haushaltarbeiten machen. Wenn sie koche, könne sie nicht gerade unmittelbar danach essen, weil sie so erschöpft sei. Angor und Palpitationen fehlten; keine Schwindelattacken oder Synkopen. Es ergebe sich eine erfreuliche Persistenz der Normalisierung der Funktion und Dimension des linken Ventrikels bei ursprünglich schwerer dilatierender Kardiomyopathie nicht ischämischer Grundlage vor zwei Jahren. Die Ejektionsfraktion (EF) sei normal. Die Beschwerdeführerin sei auch klinisch kardial absolut kompensiert. Etwas diskrepant sei natürlich die nach wie vor rasche Erschöpfbarkeit. Die Beschwerdeführerin habe eine sehr geringe körperliche Leistungsfähigkeit und sei oft sehr müde. Sicher spiele da eine muskuläre und eine psychische Komponente eine Rolle. Sie scheine nicht imstande zu sein, in ihrem selbständigen Beruf tätig zu sein (S. 7).

Mit zu Händen der Beschwerdegegnerin verfasstem Bericht vom 29. Dezember 2015 (act. II 31 S. 1-6) hielt Dr. med. E. _____ fest, die bisherige Tätigkeit als selbständig Erwerbende sei nicht mehr möglich; die Beschwerdeführerin sei sehr rasch ermüdbar, schläfrig und körperlich schwach (S. 2).

3.2.4 Der RAD-Arzt Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt mit ärztlichem Bericht vom 18. Januar 2016 (act. II 33 S. 3 f.) unter Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine dilatative Kardiopathie und eine normalisierte Herzfunktion und unter Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Erschöpfungsdepression fest (S. 4). Aus der Sicht des RAD sei bei normalisierter Herzfunktion die angestammte körperliche leichte Arbeit im ... spätestens mit Bericht von Dr. med. E._____ vom 22. April 2015 wieder zumutbar. Dieser Arzt habe zudem die Diagnose einer Erschöpfungsdepression gestellt, welche nicht nachvollziehbar sei, da eine depressive Symptomatik gemäss ICD-10 F32 nicht geschildert werde und andererseits die Kriterien für ein Erschöpfungssyndrom gemäss ICD-10 F 48.0 nicht vollständig erfüllt seien. Somit sei eine befristete Arbeitsunfähigkeit nur aus somatischen Gründen nachvollziehbar (S. 3). Bei wiederhergestellter kardialer Funktion sei die körperlich leichte Arbeit im ... wieder vollzeitig zumutbar. Da psychische Einschränkungen geltend gemacht würden sei eine psychiatrische Expertise notwendig (S. 4).

3.2.5 Dr. med. C._____ hielt im Gutachten vom 17. August 2016 (act. II 42.1) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) und als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) sowie die Aufgabe der Arbeitstätigkeit (ICD-10 Z56) fest (S. 7). Die Beschwerdeführerin zeige die Ermüdbarkeit in hohem Ausmass, sie schlafe tief und lang, könne keine Anstrengungen auf sich nehmen, auch leichte Tätigkeiten führten zu einer Müdigkeit. So schlafe sie bei der heutigen Untersuchung (12. August 2016) oft beinahe ein. Es stelle sich die Frage, wie weit die hohe Ermüdbarkeit durch eine psychiatrische Störung erklärt werden könne. In erster Linie könne eine Neurasthenie bzw. eine Erschöpfungsdepression in Frage kommen. Die Beschwerdeführerin zeige diesbezüglich vor allem das Symptom der gesteigerten Ermüdbarkeit nach Anstrengung. Sie äussere aber kaum körperliche Missempfindungen; es sei auch darauf hinzuweisen, dass keine Erschöpfung wegen einer ausserhäuslichen Arbeit bestehen könne. Diese Diagnose könne also nur verdachtsweise gestellt werden.

Die Symptomatik einer depressiven Episode sei nicht erfüllt. Auch der Befund spreche dagegen, die Beschwerdeführerin sei bei der Untersuchung grossteils stimmungsmässig ausgeglichen, sie zeige zudem keine anderen Symptome einer depressiven Episode. Sie habe aber Mühe, über die Einschränkungen der Lebensführung zu sprechen, vor allem die Aufgabe der Arbeitstätigkeit habe eine Belastung dargestellt. Die milde depressive Symptomatik könne als Dysthymie aufgefasst werden. Die Beschwerdeführerin erhalte ein antidepressiv wirkendes Medikament. Zusätzlich erfolge eine hausärztliche Therapie (S. 8); eine psychiatrische Behandlung sei nicht angezeigt, da bestimmte, nicht psychiatrische Gründe zu den Verstimmungen führten. Aus rein psychiatrischer Sicht könne die Arbeitsunfähigkeit nur partiell erklärt und allenfalls seit 2013 eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (ca. 10% [S. 9]).

3.2.6 Am 7. September 2016 (act. II 50 S. 15 f.) hielt Dr. med. E. _____ fest, die Beschwerdeführerin sei klinisch kardial kompensiert (S. 15). Die allgemeine Müdigkeit sei wahrscheinlich eher nicht kardialen Ursprungs. Er empfehle eine echokardiographische Untersuchung (S. 16).

3.2.7 Diese erfolgte am 8. November 2016 (act. II 50 S. 20-23). Mit Bericht vom 14. November 2016 (act. II 50 S. 18 f.) hielt Dr. med. D. _____ fest, erfreulicherweise hätten sich die Herzorganbefunde weitgehend normalisiert, weshalb aus kreislaufmässiger Sicht auch eine deutliche Verbesserung des Leistungsvermögens zu erwarten wäre. Dies sei jedoch nicht der Fall; vielmehr bestehe eine absolute Leistungsintoleranz, welche unmöglich kardial zu begründen sei. Aufgrund des Gesamteindrucks müsse bei der Beschwerdeführerin eine schwere posttraumatische psychofunktionelle Belastungsstörung von bei Herzpatienten ungewöhnlichen Ausmasses angenommen werden. Wie weit diese durch die Herzkrankheit getriggert worden sei oder ob eine anderweitige psychische Störung vorliege, lasse sich aus seiner Optik nicht abschliessend sagen; immerhin könne ein indirekter Zusammenhang mit der Herzkrankheit postuliert werden. Ergänzend dazu seien aber weitere, extrakardiale Faktoren zur Erklärung des Zustandsbildes erforderlich. Anamnestisch und in früherem Arztbericht dokumentiert seien eine Burnout-Problematik und eine depressive Verstimmung bei Verdacht auf psychosoziale Belastungssituation. Es bestehe eine

100%ige Arbeitsunfähigkeit. Im Hinblick auf das laufende IV-Verfahren empfehle er eine „vertiefte psycho-somatische und psycho-funktionelle Abklärung mit psychologisch-psychiatrischem Hintergrund“ (S. 19).

3.3

3.3.1 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.3.2 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).

3.4 Die angefochtene Verfügung vom 17. Oktober 2016 (act. II 49) erging auf der Grundlage eines vollständig erhobenen Sachverhalts, weshalb im Umstand, wonach die Beschwerdegegnerin – entgegen dem einwandweisen Antrag der Beschwerdeführerin (vgl. act. II 44 S. 1) – auf eine Kontaktnahme mit deren Hausärztin verzichtet hat, keine Verletzung des rechtlichen Gehörs zu erblicken ist (vgl. Beschwerde, S. 5, Ziffer 2.1 f.). Gegenteil lässt sich – wie nachfolgend zu zeigen ist – der vorliegend im Streit stehende Rentenanspruch aufgrund der im Recht liegenden medizinischen Berichte zuverlässig beurteilen:

3.4.1 In somatischer bzw. kardialer Hinsicht steht aufgrund der diversen Stellungnahmen der behandelnden Kardiologen fest, dass sich die im Jahre 2013 aufgetretene schwere dilatierende Kardiomyopathie unter medikamentöser Herzinsuffizienzbehandlung zurückbildete und die Beschwerdeführerin spätestens seit dem Bericht von Dr. med. E. _____ vom 22. April 2015 (act. II 20.2 S. 4 f.) einen weitgehend normalen kardialen Befund aufweist. Dies bestätigte auch Dr. med. D. _____ im Bericht vom 14. November 2016 (act. II 50 S. 19). Dabei konnte und kann die von der Beschwerdeführerin geklagte rasche Ermüdbarkeit bzw. die von Dr. med. D. _____ als solche bezeichnete „absolute Leistungsintoleranz“ kardial nicht begründet werden. Wenn er im genannten Bericht dennoch einen indirekten Zusammenhang mit der Herzkrankheit postuliert, lässt dies deshalb nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf eine kardiale Genese der Beschwerden schliessen, zumal Dr. med. D. _____ gleichzeitig ausdrücklich festhielt, dass „aus kreislaufmässiger Sicht“ eine deutliche Verbesserung des Leistungsvermögens zu erwarten wäre. Soweit vorliegend die somatisch orientierten Ärzte namentlich aufgrund der geltend gemachten raschen Ermüdbarkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der früheren (angestammten) Tätigkeit als (selbständige) ... respektive für „...“ (vgl. act. II 25 S. 4) attestierten, lässt sich dies somatisch respektive kardial demnach nicht begründen und es kann nicht darauf abgestellt werden, zumal die Annahme eines (invalidenversicherungsrechtlich relevanten) Gesundheitsschadens eine fachärztlich schlüssig gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraussetzt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50). Für weitere Abklärungen besteht entgegen der Beschwerdeführerin kein Anlass, da der Sachverhalt – wie dargelegt – in kardialer Hinsicht abgeklärt ist und sich weder aus den Akten Hinweise ergeben noch von den behandelnden Ärzten auch nur in Betracht gezogen wird, dass allenfalls anderweitige somatische Befunde – ausserhalb der Kardiologie – für die geltend gemachte rasche Ermüdbarkeit verantwortlich zeichnen könnten. Die vom RAD-Arzt Dr. med. G. _____ im ärztlichen Bericht vom 18. Januar 2016 ab dem 22. April 2015 im angestammten Beruf (...) und für körperlich leichte Verweistätigkeiten (aus somatischer Sicht) attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. act. II 33 S. 4) erweist sich somit im Lichte der medizinischen Aktenlage ohne weiteres als

nachvollziehbar und überzeugt (vgl. E. 3.3.2 vorne), weshalb darauf abgestellt werden kann.

3.4.2 In psychischer Hinsicht diagnostizierte Dr. med. C. _____ im Gutachten vom 17. August 2016 (act. II 42.1) eine Dysthymie (S. 7) und attestierte eine 10%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 9). Das Gutachten erfüllt mit Bezug auf die Diagnosestellung die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.3.2 hiavor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Es ist nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt (vgl. Beschwerde, S. 5, Ziffer 2.4), dringt nicht durch: So beruht die Expertise entgegen ihrer Behauptung auf einer persönlichen Untersuchung (act. II 42.1 S. 2) und nicht allein auf einer Beurteilung anhand der Akten. Sodann lassen sich aus der Dauer der Untersuchung keine direkten Rückschlüsse auf die Qualität des Gutachtens ziehen, zumal jene der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten unterliegt (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 12. September 2017, 8C_433/2017, E. 3.4.1). Die von der Beschwerdeführerin ins Feld geführte lange Krankengeschichte, welche aus ihrer Sicht die Untersuchungsdauer als zu kurz erscheinen lässt, bezieht sich weit überwiegend auf den somatischen Bereich. In psychischer Hinsicht hatte sich Dr. med. C. _____ dagegen nicht mit anderen (und allenfalls unterschiedlichen) fachärztlichen Einschätzungen auseinanderzusetzen, weshalb die Untersuchungsdauer auch insoweit adäquat erscheint. Ferner schadet auch der Umstand, wonach Dr. med. C. _____ auf eine labormässige Blutuntersuchung verzichtet hat, dem Beweiswert seines Gutachtens nicht: Diese hätte allein der Klärung der Therapieadhärenz mit Bezug auf die geltend gemachte Einnahme von Antidepressiva gedient (S. 12), welche Frage angesichts fehlender Hinweise für Diskrepanzen (S. 13) zwischen den geschilderten Symptomen und dem gezeigten Verhalten indes offen bleiben konnte. Wenn sodann Dr. med. D. _____ im Bericht vom 14. November 2016 (act. II 50 S. 18 f.) mit Blick auf die im Jahr 2013 dokumentierte (verdachtsweise festgestellten) Burnout-Symptomatik (vgl. act. II 25 S. 14) als möglichen Grund für die rasche Ermüdbarkeit der Beschwerdeführerin psychische Ursachen in Erwägung zog und er „im Hinblick auf das IV-Verfahren“ eine „vertiefte psycho-somatische und psycho-funktionelle

Abklärung“ als indiziert erachtete (act. II 50 S. 19), so wurde dem mit der Durchführung der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. C._____ im Wesentlichen Rechnung getragen. Soweit Dr. med. D._____ – welchem das Gutachten von Dr. med. C._____ offensichtlich nicht vorlag – mit seinen Darlegungen zudem eine vom Gutachter abweichende Meinung postulierte, so könnte darauf nicht abgestellt werden, nachdem der behandelnde Kardiologe nicht über den psychiatrischen Facharztstitel verfügt. (Fach)medizinische Berichte, welche auch nur geringe Zweifel am Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. C._____ zu begründen vermöchten, liegen sodann keine im Recht.

Weil die Arbeitsfähigkeit schliesslich keine rein medizinische, sondern eine juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliert (Entscheidung des BGer vom 29. Dezember 2016, 9C_497/2016, E. 5.1). Dr. med. C._____ hat der Dysthymie eine, wenngleich geringe, Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit von 10% zugeschrieben. Dabei ist jedoch in rechtlicher Hinsicht zu beachten, dass eine Dysthymie, welche nicht zusammen mit anderen Befunden wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung auftritt, nach der Rechtsprechung nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleichkommt; sie ist allein somit regelmässig nicht invalidisierend (SVR 2011 IV Nr. 17 S. 45 E. 2.2.2). Davon abzurücken besteht vorliegend kein Anlass, hat Dr. med. C._____ eine Persönlichkeitsstörung doch ausdrücklich ausgeschlossen (act. II 42.1 S. 7) und ergeben sich auch aus den übrigen Akten keine Hinweise, welche auf das Vorliegen entsprechender Beeinträchtigungen schliessen lassen.

Demnach lag bis zum vorliegend massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 17. Oktober 2016 (act. II 49) auch in psychischer Hinsicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Rechtssinne vor.

3.5 Zusammenfassend liegt weder in somatischer noch psychischer Hinsicht eine Invalidität im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 vorne) vor, weshalb die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht verneint hat. Die angefochtene Verfügung vom 17. Oktober 2016 (act. II 49) ist somit nicht zu beanstanden und die dagegen 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.

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

4.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin 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.