

200 16 1133 IV
SCI/FRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. Mai 2017

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

C. _____
Beigeladene

betreffend Verfügung vom 7. November 2016



Sachverhalt:

A.

Die im November 1953 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 4. Dezember 2014 unter Hinweis auf eine kardiologische Problematik sowie eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zum Bezug von Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an (Akten der IV [act. II] 2 S. 5 f.). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Insbesondere liess sie die Versicherte allgemeinmedizinisch, kardiologisch, psychiatrisch und rheumatologisch begutachten (MEDAS-Gutachten vom 28. Juni 2016; act. II 47.1 ff.). Mit Vorbescheid vom 2. August 2016 (act. II 49) stellte sie die Abweisung des Rentenbegehrens mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, Einwand (act. II 53). Mit Verfügung vom 7. November 2016 wies die IVB das Rentenbegehren entsprechend dem Vorbescheid ab (act. II 55).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwältin B._____, mit Eingabe vom 21. November 2016 Beschwerde und stellte den folgenden Antrag:

Die Verfügung der Invalidenversicherung vom 7. November 2016 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin eine Rente, soweit rechtens, zuzusprechen.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Januar 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Stellungnahme vom 6. Februar 2017 machte die Beschwerdeführerin weitere Ausführungen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 16. Februar 2017 lud der Instruktionsrichter die C._____ (nachfolgend: Beigeladene) zum Verfahren bei und räumte ihr die Möglichkeit zur Stellungnahme ein. Am 8. März 2017 teilte diese mit, sie verzichte auf eine Beteiligung am Verfahren, woraufhin der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 9. März 2017 die Beigeladene darauf hinwies, dass die Teilnahme am Verfahren nicht in ihrer Disposition liegt und die Beiladung kraft gerichtlicher Anordnung bestehen bleibt.

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 7. November 2016 (act. II 55). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente.

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 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

2.3 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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

2.4 Für die Bestimmung des IV-Grades 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).

2.5 Um den IV-Grad 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).

2.6 Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Gründen vermag keinen Rentenanspruch zu begründen. Die Invalidenversicherung hat nicht dafür einzustehen, dass Versicherte infolge ihres Alters, wegen mangelnder Ausbildung oder Verständigungsschwierigkeiten keine entsprechende Arbeit finden; die hieraus sich ergebende "Arbeitsunfähigkeit" ist nicht invaliditätsbedingt (BGE 107 V 17 E. 2c S. 21; AHI 1999 S. 238 E. 1).

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähig-

keit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 460).

Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Massgeblicher Stichtag für die Beantwortung der Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter ist der Zeitpunkt, in welchem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil)Erwerbstätigkeit feststeht. Dies ist der Fall, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Die Hausärztin, Dr. med. D._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, attestierte ab dem 27. Januar 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 3; 10.3).

3.1.2 Am 23. Mai 2014 wurde bei der Versicherten eine Rekoronarangiographie durchgeführt. Im Bericht der Kardiologischen Gemeinschaftspraxis vom 26. Mai 2014 (act. II 10.2 S. 4 ff.) diagnostizierte Dr. med. E._____, Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, eine koronare 1-Gefässerkrankung (S. 4). Die Beschwerdeführerin bleibe aktuell noch verunsichert und beklage intermittierende, meistens anstrengungsab-

hängige, teils aber auch in Ruhe auftretende thorakale Druckgefühle und Brennen, kombiniert mit Angstgefühlen. Die Rekoronarangiographie zeige als wahrscheinliche Ursache der aktuellen Beschwerden den Verschluss des Diagonalastes 1 im ersten Drittel, möglicherweise als Folge der damals aufgetretenen Dissektion nach Stenteinlage. Demgegenüber liege ein schönes Resultat im RIVA vor, ohne Residualstenose und mit schönem Fluss. Die Peripherie des kleinen Diagonalastes werde schwach über Kollateralen von links und rechts dargestellt. Die linksventrikuläre Funktion sei erhalten, es zeige sich keine Hypokinesie im Versorgungsbereich des Diagonalastes. Das weitere Prozedere werde sich auf eine konservative Haltung mit Aufbau einer antianginösen Therapie und Abwarten beschränken, dass sich bereits nachweisbare Kollateralen zu Diagonalastgebiet weiter entwickelten (S. 5).

3.1.3 In einem undatierten Bericht (Eingang Beschwerdegegnerin 5. Juni 2014) diagnostizierte die Hausärztin einen Erschöpfungszustand durch Belastung am Arbeitsplatz und eine koronare Herzkrankheit. Seit Ende 2013 leide die Beschwerdeführerin an Überlastungsbeschwerden (act. II 10.2 S. 7).

3.1.4 Im Bericht der Klinik F. _____ vom 9. Januar 2015 (act. II 17 S. 7 ff.) diagnostizierte Prof. Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Allgemeine Innere Medizin, neben der koronaren Herzkrankheit eine mittelschwere bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom sowie eine posttraumatische Symptomatik nach Koronardissektion (ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, Hyperarousal mit Akzentuierung langjähriger Schlafstörungen). Die Beschwerdeführerin habe anamnestisch berichtet, dass es ihr bereits nach dem ersten, aber ausgeprägt nach dem zweiten Koronareingriff vom Mai 2014 ganz schlecht gegangen sei. Unmittelbar nach dem Eingriff habe es sie regelrecht „durchgeschüttelt“. Wegen massivster, anhaltender Übelkeit, habe sie in der Folge ganze Nächte lang nicht geschlafen. Sie habe nur noch geweint, sich kaum zu etwas aufraffen können und habe sich nicht mehr getraut, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen (S. 7). In seiner Beurteilung führte Prof. Dr. med. G. _____ aus, es liege eine ausgeprägte Krankheitsverarbeitungsstörung einer koronaren Herzkrankheit mit konsekutiv angst- und depressiv

gefärbtem Verhalten und Erleben vor. Aus einer initialen Anpassungsstörung habe sich eine mindestens mittelschwere ängstlich-gefärbte depressive Episode mit einem somatischen Syndrom und posttraumatischer Symptomatik entwickelt (S. 9).

3.1.5 Im Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 16. Januar 2015 (act. II 17 S. 2 ff.) diagnostizierte die Hausärztin mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare Herzkrankheit, eine mittelschwere bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom sowie eine posttraumatische Symptomatik nach Koronardissektion (S. 2). Sie führte aus, die Beschwerdeführerin leide seit mehreren Monaten unter einer Erschöpfungsdepression im Rahmen einer Überlastung am Arbeitsplatz. Im Januar 2014 habe sie das erste Mal über pectanginöse Beschwerden geklagt. Es liege eine ausgeprägte Erschöpfung und Antriebslosigkeit bei depressiver Symptomatik und Schlafstörung vor. Die Belastbarkeit sei stark eingeschränkt. Seit dem 27. Januar 2014 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Unter intensiver psychologischer (allenfalls stationärer) Therapie sollte die Beschwerdeführerin innerhalb der nächsten Monate wieder voll arbeitsfähig sein (S. 3 f.).

3.1.6 Vom 5. bis am 16. Februar 2015 war die Beschwerdeführerin in der Klinik F._____ hospitalisiert. Prof. Dr. med. G._____ führte im Austrittsbericht vom 23. März 2015 (act. II 23) dieselben Diagnosen auf, wie bereits in seinem Bericht vom 9. Januar 2015 (act. II 17 S. 7 ; vgl. E. 3.1.4 hiavor). Die Beschwerdeführerin habe zu Beginn der Behandlung unruhig, angespannt und ängstlich gewirkt. In den psychologischen Einzelgesprächen sei zunehmend deutlich geworden, dass sie einen hohen Leistungsanspruch an sich selber stelle und es ihr schwer falle, inaktiv zu sein. Sie sei wenige Tage nach Eintritt auf eigenen Wunsch vorzeitig wieder ausgetreten und habe angegeben, dass das Kliniksetting derzeit nicht das Richtige für sie sei. Sie habe in einem psychisch stabilen Zustand entlassen werden können (S. 3).

3.1.7 Im Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 24. September 2015 (act. II 33 S. 3 ff.) diagnostizierte Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen ängstlich-depressiv gefärbten Erschöpfungszustand mit

Anteilen einer depressiven Episode (ICD-10 F32), eine PTBS (ICD-10 F43.1) sowie eine Agoraphobie mit Panikzuständen und sozialem Rückzug (ICD-10 F40.01, F40.1) auf dem Hintergrund einer dekompensierten Selbstwertproblematik mit zwanghaften, ängstlich-vermeidenden und abhängigen Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1; S. 7). Die anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Februar 2014 erscheine für jegliche, der Beschwerdeführerin zumutbare Tätigkeit plausibel und nachvollziehbar (S. 8).

3.1.8 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 28. Juni 2016 (act. II 47.1 ff.) stellten die Experten nach durchgeführten allgemeinmedizinischen, kardiologischen, psychiatrischen und rheumatologischen Untersuchungen im polydisziplinären Konsens insbesondere die folgenden Diagnosen (S. 17 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Rezidivierende depressive Störung, mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11)
- PTBS (ICD-10 F43.1)
- AC-Gelenksirritation/Reizung deutlich links, weniger auch rechts (ICD-10 M19.11)
- Trochantär und gluteal geprägte Pericoxalgien beidseits rechtsbetont (ICD-10 M77.08)
- Rezidivierendes zervikovertebrales und lumbovertebrales Syndrom wahrscheinlich vom unspezifischen myotendinotischen Typ (ICD-10 M54.05)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Koronare Eingefässerkrankung (ICD-10 I25)
- Seit zwei Jahren dokumentierte Osteopenie (ICD-10 M81.09)
- Myalgisches Syndrom, akzentuiert seit Etablierung einer Statin-Therapie (ICD-10 M79.1)
- Anamnestisch intermittierendes Asthma bronchiale
- Anamnestisch Rhinitis allergica

Im rheumatologischen Teilgutachten (act. II 47.3) führte Dr. med. I._____, Facharzt für Rheumatologie, aus, aufgrund der rheumatologischen Expertise könne er bei der Beschwerdeführerin ein „Nackenschulter-Störbild“ eingrenzen respektive aufzeigen, das primär getriggert und geprägt werde von AC-Irritationen beidseits (links mehr als rechts). Über die resultierende muskuläre Dysbalance vor allem der dorsal skapularen Muskelsysteme habe sich ein funktionales zervikovertebrales Syndrom ausgeweitet. Er könne keine direkten oder indirekten Hinweise für ein spezifisches entzündliches oder anderweitig differenziertes Leiden aus dem rheumatologischen Formenkreis aufzeigen (S. 7 f.). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als „...“ wie auch für eine geeignete angepasste Verweistätigkeit sei die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht bezogen auf den Bewegungsapparat medizinisch-theoretisch voll arbeitsfähig (S. 9).

Dr. med. J._____, Facharzt für Kardiologie sowie Allgemeine Innere Medizin, führte aus, da die Belastung am Laufband sowohl klinisch als auch elektrokardiologisch keinen Hinweis auf eine belastungsinduzierte Ischämie gezeigt habe, sei es wenig wahrscheinlich, dass die koronare Herzkrankheit für die Symptomatik der Beschwerdeführerin mit präkordialem Klemmen und Anstrengungsdyspnoe verantwortlich sei. Vielmehr müsse vermutet werden, dass ein Zusammenhang mit dem psychischen Leiden bestehe. Aufgrund der heutigen Echokardiographie und der Laufbandergometrie vom 4. April 2016 finde sich kein Hinweis auf eine kardiale Schädigung, die zu einer Verminderung der Arbeitsfähigkeit führen könne (act. II 47.5 S. 4).

Im psychiatrischen Teilgutachten (act. II 47.4) führte Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, im Winter 2014/2015 hätten sich Erschöpfungssymptome mit Einschlafstörung, chronischer Müdigkeit und einer Antriebshemmung gezeigt. Während die Beschwerdeführerin selbst keine wirklichen Auslöser habe benennen können, sei davon auszugehen, dass der Chefwechsel beziehungsweise die weitere Arbeitszunahme in dem sie für die neue Chefin und auch weiterhin für den früheren Chef zuständig gewesen sei, welcher zum Verwaltungsratspräsidenten befördert worden sei und die Entlassung des Ehemannes im Jahr vorher,

kurz vor dessen Pensionierung, Auslöser gewesen seien. Da die Beschwerdeführerin sehr leistungsorientiert sei und negative Gefühle stark reguliere, sei davon auszugehen, dass sich erste depressive Symptome wohl bereits früher angekündigt hätten. Dies zeige sich auch darin, dass die von der Ärztin verordnete Entlastungsmassnahme mit einer Krankenschreibung nicht zu einer Besserung geführt habe. In diese Zeitphase seien dann die Herzbeschwerden gefallen und der erfolgte kardiologische Eingriff mit Komplikationen. Gemäss der Beschwerdeführerin seien mit ihr diese Komplikationen nicht besprochen worden und so habe sie auch erste Bilder, die über den Eingriff aufgetaucht seien, nicht einordnen können, was sie sehr verunsichert habe. Und dies bei jemandem, der 23 Jahre dafür zuständig gewesen sei, alles unter Kontrolle zu halten. Seither zeige sie nun eine depressive Symptomatik mit Ein- und Durchschlafstörungen, Freudlosigkeit, Depressivität, Energielosigkeit und vor allem chronischer Übelkeit mit signifikantem Gewichtsverlust (S. 10). Es sei für die ersten 12 Monate von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Die Beschwerdeführerin habe nun eine gewisse Leistungsfähigkeit wiedererlangt. Problematisch sei aber, dass das Erbringen von Leistungen in verschiedenen Lebensbereichen mit einem sehr hohen Energieverbrauch verbunden sei. Erschwerend für die Beurteilung sei, dass sie sich von aussen nichts anmerken lassen dürfe, dies habe mit ihrer perfektionistischen Persönlichkeitsstruktur und dem hohen Leistungsanspruch an sich zu tun. Diesbezüglich sei aus seiner Sicht weiterhin die Einschätzung massgeblich, dass in der Tätigkeit als ... eine vollumfängliche Leistungsunfähigkeit vorliege. In einer Referenz Tätigkeit mit langsamerem Arbeitstempo, verminderter mentaler Umstellungsforderung, wenig Verantwortung und der Möglichkeit von häufigen Pausen, liege heute eine Arbeitsfähigkeit im Bereich von 30% vor (S. 11 f.).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, für die Beschwerdeführerin seien aufgrund der depressiven Störung mit somatischem Syndrom ein von ihr wiederholt erlebtes thorakales Engegefühl sowie intermittierende Herzunregelmässigkeiten weiterhin sehr belastend. Diese Beschwerden ohne ernstes kardiales Korrelat würden von ihr aufgrund ihrer Vorgeschichte deutlich überbewertet, auch wenn von kardialer Seite her von einem sehr guten Resultat des Stentings mit überdurch-

schnittlich guter körperlicher Leistungsfähigkeit ausgegangen werden könne. Im Konsens sei eindeutig die psychiatrische Grunderkrankung dominierend und somit letztlich auch führend bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (act. II 47.1 S. 18). Die Arbeitsunfähigkeit müsse für die ersten 12 Monate seit dem 27. Januar 2014 gelten. In der bisherigen Tätigkeit als ... betrage die Arbeitsunfähigkeit weiterhin 100%. Auch in einer angepassten Tätigkeit müsse für die ersten 12 Monate eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit gelten. Da seither eine gewisse Verbesserung der Leistungsfähigkeit vorhanden sei, könnte in einer Referenz­tätigkeit mit langsamerem Arbeitstempo, verminderter mentaler Umstellungsanforderung, wenig Verantwortung und der Möglichkeit von häufigen Pausen eine Arbeitsfähigkeit im Bereich von 30% vorhanden sein (act. II 47.1 S. 21).

3.1.9 Im Bericht vom 25. Januar 2017 (Akten der Beigeladenen [act. III] nicht paginiert) führte der Vertrauensarzt der Beigeladenen, Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, speziell Hämatologie, aus, in der Untersuchung vom 20. Januar 2017 habe er eine Beschwerdeführerin in massiv reduziertem Allgemeinzustand mit deutlichen Zeichen der Depression, kardial kompensiert, vorgefunden. Eine Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit sei zurzeit nicht möglich, vor allem aufgrund ihres psychischen Zustandes. Auch eine ähnliche Tätigkeit mit ev. geringerer Verantwortung sei zurzeit nicht möglich.

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 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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 medizi-

nischen 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).

3.3 Was den somatischen Gesundheitszustand betrifft, ergibt das MEDAS-Gutachten in Übereinstimmung mit den übrigen Akten, dass eine Arbeitstätigkeit – zumindest im ... – zu 100% zumutbar wäre (act. II 47.3 S. 9; 47.5 S. 4; 20 S. 1). Dies gilt insbesondere auch in kardiologischer Hinsicht. Der kardiologische Gutachter hat schlüssig und nachvollziehbar ausgeführt, dass die koronare Herzkrankheit nicht für das präkordiale Klemmen und die Anstrengungsdyspnoe verantwortlich ist (act. II 47.5 S. 4). Darauf ist abzustellen.

In psychiatrischer Hinsicht erfüllt das MEDAS-Gutachten die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) hingegen nicht. Der psychiatrische Gutachter sprach sich für das Vorliegen einer PTBS (ICD-10 F43.1) aus und qualifizierte diese als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 47.4 S. 9). Insbesondere die PTBS wurde aber bisher weder vom psychiatrischen Gutachter noch von einem anderen Psychiater den Diagnoseleitlinien entsprechend nachvollziehbar begründet (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 f.). Vielmehr ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin die während der Koronarangiographie vom 2. April 2014 aufgetretene Koronardissektion nicht miterlebt hat. Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter hat sie angegeben, dass sie erst nach der Rehabilitation in der Klinik F._____ von den Komplikationen während des Eingriffs erfahren habe. Hingegen hatte sie gemäss ihren Angaben Bilder gesehen und Träume gehabt, die zu Schlafschwierigkeiten führten (act. II 47.4 S. 4). Dass sie gemäss eigener Schilderung Wochen später von den Komplikationen während der Koronarangiographie erfahren hat, ist zweifellos geeignet, Sorgen und Ängste auszulösen bzw. zu einer

reaktiven psychischen Störung (Depression / Angststörung) zu führen. Eine PTBS im Sinne der ICD-10 als Reaktion auf ein bewusst erlebtes, belastendes Ereignis oder eine Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass kann basierend auf den derzeitigen aktenkundigen psychiatrischen Berichten jedoch nicht als erstellt betrachtet werden.

Vielmehr stehen aufgrund der gesamten Akten die auch von den Ärzten sinngemäss erhobenen narzisstischen Persönlichkeitszüge – vom psychiatrischen Gutachter als „Auffälligkeiten der Persönlichkeit“ (act. II 47.4 S. 13) und vom RAD-Arzt als „dekompenzierte Selbstwertproblematik mit zwanghaften, ängstlich-vermeidenden und abhängigen Persönlichkeitszügen“ (ICD-10 Z73.1; act. II 33 S. 7) bezeichnet – im Vordergrund. Bemerkenswert ist das noch vor der kardialen Behandlung auf diesen Persönlichkeitszügen gewachsene Burnout nach dem Wechsel in der Vorgesetztenposition (act. II 47.4 S. 10). Auch dies deutet auf eine reaktive Störung hin. Wie vom psychiatrischen Gutachter selbst ausgeführt, hat die Störung ihre Ursache denn auch weder in der kardialen Problematik noch in den Komplikationen anlässlich der Koronarangiographie, sondern in der eigentlichen psychisch-psychozialen Überforderungssituation (act. II 47.4 S. 10 f.). Die Beschwerdeführerin konnte demnach dem eigenen in der jahrelangen anspruchsvollen Erwerbstätigkeit gepflegten, kompensierten und wohl auch kontinuierlich gestärkten rigid-narzisstischen Anspruch an sich selbst nicht mehr gerecht werden. Dass sie vor diesem Hintergrund – wie vom psychiatrischen Gutachter festgehalten (act. II 47.4 S. 10; 47.1 S. 18) – reaktiv depressiv dekompenziert hat und ihre Probleme inzwischen in die kardiale Behandlung projiziert, ist nachvollziehbar. Die Krankschreibung mit Wegbleiben am Arbeitsplatz hat damit den Lebensentwurf der letzten Erwerbsjahre der kurz vor der Pensionierung (im November 2017; vgl. E. 4.1 hier-nach) stehenden Beschwerdeführerin zumindest wesentlich in Frage gestellt.

Nachvollziehbar erscheint damit das gutachterliche Attest der rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11; act. II 47.1 S. 17; 74.4 S. 10 ff.). Auch sämtliche anderen involvierten Ärzte gehen schliesslich einhellig von einer Depression aus (act. II 31

S. 1; 23 S. 1). Der RAD-Arzt bestätigte die Diagnose einer depressiven Episode, ohne Bezug auf den Schweregrad zu nehmen (act. II 33 S. 7). Ebenso bescheinigte der Vertrauensarzt der Beigeladenen – wenn auch nicht seinem Fachgebiet entsprechend – diese Diagnose (act. III 3). Dass die depressive Störung betreffend angesichts der psychosozialen Umstände und der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin allein von einer langsamen Genesung und Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit auszugehen ist (act. II 47.4 S. 12), wird auch vom RAD-Arzt angenommen (act. II 33 S. 8).

Nach dem Dargelegten erfüllt das MEDAS-Gutachten die höchstrichterlichen Anforderungen nicht. Die Sache wäre damit grundsätzlich zur Klärung der offenen Fragen bzw. allenfalls erneuten Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Weitere Abklärungen könnten rechtzeitig vor der Pensionierung aber nicht mehr abgeschlossen werden und die Beschwerdeführerin hat, wie nachfolgend darzulegen sein wird, so oder anders Anspruch auf eine ganze Rente.

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin (Jahrgang 1953) erreicht im November 2017 das AHV-Alter von 64 Jahren (Art. 21 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG; SR 831.10]). Der Zeitraum, der ihr damit für eine berufliche Tätigkeit noch bleibt, ist kurz und hätte – vorbehältlich hinreichender Abklärungen – im Juni 2016 (MEDAS-Begutachtung), als im vorliegenden Verfahren die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil)Erwerbstätigkeit frühestens hätte verbindlich feststehen können (vgl. E. 2.6 hiavor), bereits nur noch knapp 1½ Jahre betragen. Damit ist festzuhalten, dass die der Beschwerdeführerin verbliebene Resterwerbsfähigkeit angesichts der bloss noch kurzen verbleibenden Aktivitätsdauer und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Sache zudem versicherungsmedizinisch auch noch nicht hinreichend geklärt ist, bis zum Beginn des Anspruchs auf eine Altersrente realistisch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr nachgefragt wird. Zusammengefasst ist infolge fortgeschrittenen Alters von

einer Unzumutbarkeit der Verwertung der Resterwerbsfähigkeit auszugehen. In der Folge ist auch auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs zu verzichten, da wegen der nicht verwertbaren Restarbeitsfähigkeit eine vollständige Invalidität vorliegt und die Beschwerdeführerin damit Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Bei Krankschreibung ab Ende Januar 2014 zu 100% und der Anmeldung im Dezember 2014 (act. II 2) besteht unter Berücksichtigung des Wartejahres (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) und der Sechsmonatsfrist des Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 2.3 zweiter Abschnitt hiavor) der Rentenanspruch ab Juni 2015.

4.2 Die Beschwerde ist entsprechend gutzuheissen, die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 7. November 2016 (act. II 55) aufzuheben und der Beschwerdeführerin ab Juni 2015 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen.

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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die durch Rechtsanwältin B._____ vertretene Beschwerdeführerin 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).

Mit Kostennote vom 6. Februar 2017 macht Rechtsanwältin B._____ ein Honorar von insgesamt Fr. 4'886.05 (inkl. Auslagen und MWSt.) geltend. Dies erscheint insbesondere unter Berücksichtigung des einfachen

Schriftenwechsels sowie des geringen Aktenumfanges des Beschwerdeverfahrens als zu hoch. Angemessen ist mit Blick auf vergleichbare Fälle, die Wichtigkeit der Streitsache und den gebotenen Aufwand, ein Honorar von pauschal Fr. 3'000.--. 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 7. November 2016 aufgehoben und der Beschwerdeführerin ab Juni 2015 eine ganze IV-Rente zugesprochen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'000.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - C. _____

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.