

200 16 1181 IV
GRD/SCM/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. Mai 2017

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 3. November 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1985 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 27. März 2015 unter Hinweis auf eine Erschöpfungsdepression bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilagen [AB] 1). Im Rahmen erwerblicher und medizinischer Abklärungen holte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) insbesondere das zuhanden des Krankentaggeldversicherers erstattete psychiatrische Gutachten von Dr. med. C._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. März 2016 (AB 38.2) ein. Gestützt darauf und die hierzu erfolgte Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 49) sowie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 50, 53, 56) wies die IVB das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 3. November 2016 (AB 57) ab. Dabei führte sie hauptsächlich aus, es liege kein objektivierte krankheitswertiges Störungsbild bzw. keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, am 1. Dezember 2016 Beschwerde. Sie lässt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Bewilligung beruflicher Massnahmen, eventualiter die Einholung eines gerichtlichen medizinischen Gutachtens mit anschliessender Rückweisung an die Vorinstanz, beantragen.

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

Am 18. Januar 2017 verzichtete die Beschwerdegegnerin mangels neuer Tatsachen auf die Einreichung von Schlussbemerkungen, während die Beschwerdeführerin dem Gericht keine weitere Eingabe zukommen liess.

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 3. November 2016 (AB 57). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf berufliche Massnahmen (Umschulung).

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).

2.2.1 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 141 V 281 E. 2.1 S. 285). 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). 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 ver-

werten, 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). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

2.2.2 Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff klar zwischen dem Gesundheitsschaden, an dem die versicherte Person leidet, und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

2.3 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Eingliederungsmassnahmen bestehen nach Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG unter anderem in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe) im Sinne von Art. 15 ff. IVG.

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

3.

3.1 Die angefochtene Verfügung vom 3. November 2016 (AB 57) basiert in medizinischer Hinsicht massgeblich auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 21. März 2016 (AB 38.2) sowie den RAD-Stellungnahmen vom 15. Juni 2016 (AB 49) und 18. Oktober 2016 (AB 56).

3.1.1 Dr. med. C. _____ explorierte die Beschwerdeführerin am 19. März 2016. Im dazugehörigen Gutachten vom 21. März 2016 (AB 38.2) attestierte sie auf Grundlage der aktuellen Begutachtungsergebnisse, der Aktenlage sowie den anamnestischen Angaben keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit gemäss ICD-10 (S. 8). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei eine aktenkundige depressive Störung, derzeit vollständig remittiert (S. 10). Die typische Sym-

ptomatologie einer depressiven Störung finde sich derzeit nicht (mehr). Klinisch relevante Hinweise für eine manifeste Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) seien nicht ausgemacht worden, eine neuropsychologische Testung habe nicht stattgefunden, andere für die Diagnostik relevante Ergebnisse seien nicht vorgelegt worden, so dass die Diagnose vorerst gutachterlich nicht bestätigt werde (S. 8). Im Zeitpunkt der Begutachtung habe die Beschwerdeführerin keine eigenständigen psychischen Beschwerden im Sinne eines spezifischen und systematischen Symptomkomplexes beklagt. Eine aktuell floride psychiatrische Störung bzw. ein akut psychischer Gesundheitsschaden liege nicht vor (S. 11). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei im bisherigen Pensum grundsätzlich per sofort und ohne Leistungseinschränkung zumutbar, wobei aufgrund der langen Absenz und im Sinne eines schrittweisen Einstiegs mit 50 % begonnen und eine Pensumerhöhung von 10 % pro Woche umgesetzt werden sollte. Auch sämtliche anderen Tätigkeiten seien zumutbar (S. 11 f.).

3.1.2 RAD-Arzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 15. Juni 2016 (AB 49) fest, die von der behandelnden Dr. med. E. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gestellten Diagnosen einer ADHS (ICD-10 F90) und einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) vermöchten nicht ohne weiteres zu überzeugen. Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. _____ (AB 38.2) gebe zu den wesentlichen Fragen nach Diagnosen und Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbare und klare Antworten. Überzeugend habe die Gutachterin keine hinreichenden Anhaltspunkte für das Vorliegen einer eigenständigen rezidivierenden affektiven Störung oder einer ADHS im Erwachsenenalter feststellen können. Nicht zuletzt schulische und berufliche Laufbahnzeugnisse stünden in deutlichem Kontrast zu den diagnostischen Annahmen der behandelnden Fachärztin (AB 49 S. 2). Die Feststellung der Gutachterin, dass bei einem fast völlig unauffälligen psychopathologischen Befund sicher nicht (mehr) von einer mittelgradigen depressiven Symptomatik ausgegangen werden könne, überzeuge. Auch die Untersuchungen hinsichtlich der Aktivitäten des täglichen Lebens und Partizipationsstörungen würden diese Einschätzung überzeugend nahelegen. Die widersprüchliche Einschätzung durch die behandelnde Ärztin erscheine im Licht der Befunde der Begutachtung kaum

nachvollziehbar. Schliesslich erscheine auch die aus dem Fehlen aktuell relevanter psychiatrischer Diagnosen abgeleitete Einschätzung von Dr. med. C. _____, dass eine vollständige Arbeitsfähigkeit für die bisherige und jede andere Erwerbstätigkeit vorliege, schlüssig und nachvollziehbar. Insgesamt könne sich der RAD der Beurteilung von Dr. med. C. _____ anschliessen und der Nachweis eines anhaltend vorliegenden Gesundheitsschadens sei nicht als erstellt anzusehen (S. 3).

3.1.3 In der im Rahmen des Einwandverfahrens verfassten Stellungnahme vom 18. Oktober 2016 (AB 56) hielt Dr. med. D. _____ unter anderem beziehend auf die „ärztliche Gegenbeurteilung“ von Dr. med. E. _____ vom 3. August 2016 (AB 53 S. 8 ff.) fest, die Aussage der behandelnden Psychiaterin, wonach die Beschwerdeführerin einerseits medikamentös gut eingestellt und symptomatisch deutlich verbessert sei, andererseits ihre Stabilität aber nur vorübergehend und nicht anhaltend sei, erscheine als gewisser Widerspruch. In der Einschätzung von Dr. med. E. _____ würde ohne neue medizinische Aspekte die bisherige Beurteilung dargelegt und begründet. Andere, durchaus mögliche Deutungen der Symptomatik und des Verlaufs würden nicht erkennbar erwogen, alternative Diagnosen zu der einzig verbliebenen Diagnose ADHS auch nicht diskutiert. Die früher genannte Diagnose einer genuinen rezidivierenden affektiven Störung (ICD-10 F33; vgl. AB 22 S. 2 und 6, 24 S. 2) werde nicht mehr aufrechterhalten (vgl. AB 43.2 S. 4, 53 S. 11). Der Einschätzung dass eine Rückkehr in den bisherigen Beruf als ... nicht mehr in Frage komme, könne pragmatisch zwar gefolgt werden, die Begründung von Dr. med. E. _____ sei vor dem Hintergrund der Beurteilung durch die Gutachterin sowie anderer Umweltfaktoren nicht ohne weiteres schlüssig (AB 56 S. 3). Gesamthaft würden im Einwand der Beschwerdeführerin (vgl. AB 53) bezüglich der Feststellung des medizinischen Sachverhalts keine neuen Gesichtspunkte vorgebracht. Die darin vertretenen, von der Gutachterin abweichenden Einschätzungen des medizinischen Sachverhalts würden als andere Einschätzung desselben Sachverhalts erscheinen (S. 4).

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 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). Den vom Krankentaggeldversicherer nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten kommt der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 18. Januar 2017, 9C_481/2016, E. 2.2, vom 1. Juli 2016, 8C_71/2016, E. 5.3, sowie vom 30. November 2015, 8C_486/2015, E. 4.1.3). Diesen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.3 Das Gutachten von Dr. med. C._____ vom 21. März 2016 (AB 38.2) wurde in Kenntnis der Anamnese verfasst, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, beruht auf einer persönlichen Untersuchung und die für die streitigen Belange massgeblichen Fragen hinsichtlich Befund, Diagnose sowie Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lassen sich hinreichend und schlüssig beantworten (vgl. E. 3.2 hiavor). Die Auffassung der Expertin wird durch die Berichte des RAD vom 15. Juni und 18. Oktober 2016 (AB 49 und 56) bestätigt. Alle diese Berichte überzeugen und es kommt ihnen Beweiswert zu, so dass darauf abzustellen ist. Dass die Ex-

pertise von Dr. med. C. _____ nicht von der Beschwerdegegnerin veranlasst worden und damit kein Gutachten im Sinne des Art. 44 ATSG ist, ändert an der inhaltlichen Überzeugungskraft und am Beweiswert per se nichts (E. 3.2 hiervor).

Vorab ist festzuhalten, dass Dr. med. C. _____ in Übereinstimmung mit Dr. med. E. _____ (AB 24 S. 3) – abgesehen von für die vorliegende Beurteilung nicht relevanten gelegentlichen Rückenschmerzen, der Scheuermann-Krankheit und einer Skoliose (AB 38.2 S. 4) – keine somatischen Beschwerden festhielt. Vielmehr führte die Beschwerdeführerin gegenüber der Gutachterin aus, körperliche Ursachen seien durch den Hausarzt abgeklärt und nicht festgestellt worden (AB 38.2 S. 5). Somatische Beschwerden werden im vorliegenden Verfahren denn auch zu Recht nicht geltend gemacht und es besteht kein Anlass zu deren Annahme.

Zu der von der behandelnden Psychiaterin zunächst diagnostizierten (AB 22 S. 2 und 6, 24 S. 2), unter Antidepressiva jedoch als mindestens teilweise remittiert bewerteten depressiven Störung (AB 43.2 S. 4, 53 S. 11) führte die Gutachterin überzeugend aus, dass eine solche im Explorationszeitpunkt (19. März 2016) nicht mehr vorhanden war (AB 38.2 S. 8). In der Befunderhebung verneinte die Gutachterin das Beklagen depressionstypischer Denkinhalte und Schlafstörungen. Auch ein Interessenverlust, welcher alle Belange des alltäglichen Lebens betreffen müsste, konnte nicht festgestellt werden. Eine Einschränkung im sozialen und Integrationsniveau lag nicht vor, die Freudfähigkeit war vorhanden, die Schwingungsfähigkeit zeigte sich formgerecht, der psychomotorische Antrieb war unauffällig und Anhaltspunkte für Zwänge, Phobien oder spezifische Ängste waren nicht auszumachen (AB 38.2 S. 7). Vielmehr berichtete die Beschwerdeführerin von diversen Freizeitbeschäftigungen, Hobbies und Aktivitäten, guten sozialen Kontakten, einer uneingeschränkten Integration sowie von einer geplanten Ferienreise (AB 38.2 S. 9). Damit stützt auch eine Prüfung der Konsistenz des Verhaltens der Beschwerdeführerin über alle Lebensbereiche die gutachterliche Einschätzung. Sogar bei Annahme eines depressiven Geschehens wäre zu beachten, dass leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis gemäss der konstanten bundesgerichtlichen Rechtsprechung in der Regel thera-

pierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. Entscheid des BGer vom 22. Januar 2016, 9C_892/2015, E. 2). Leicht- bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur kommen deshalb einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind. Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Zudem muss die Therapie in dem Sinn konsequent gewesen sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind (Entscheid des BGer vom 24. August 2016, 8C_399/2016, E.4.2). Eine Therapieresistenz wäre vorliegend mit Blick auf die obigen Ausführungen sowie die im März 2015 begonnene fachärztliche Behandlung (AB 15 S. 2) mit zweiwöchentlich stattfindenden Konsultationen (AB 38.2 S. 6) und zwischenzeitlicher Verbesserung der Symptomatik (AB 43.2 S. 4, 53 S. 11) zu verneinen.

Was die von Dr. med. E. _____ gestellte Diagnose einer ADHS (AB 22 S. 2 und 6, 24 S. 2, 43.2 S. 3, 53 S. 11) betrifft, so konnte die psychiatrische Gutachterin keine klinisch relevanten Hinweise für ein manifestes ADHS ausmachen und die Diagnose demnach nicht bestätigen (AB 38.2 S. 8). Da die Gutachterin erklärte, dass sich für das Vorliegen einer ADHS keine typischen Symptome fänden, konnte sie auch auf weitergehende Untersuchungen verzichten (vgl. Beschwerde S. 8 f.). Die Wahl der Untersuchungsmethode fällt denn auch grundsätzlich in das Ermessen des medizinischen Experten (vgl. Entscheid des BGer vom 30. Januar 2015, 8C_277/2014, E. 5.2). Zu beachten ist hierbei schliesslich, dass hyperkinetische Störungen immer früh in der Entwicklung – in der Regel in den ersten fünf Lebensjahren – auftreten (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 358). Selbst wenn die Beschwerdeführerin seit ihrer Kindheit an einer ADHS leiden würde (vgl. hierzu die Ausführungen von Dr. med. E. _____ [AB 43.2, 53 S. 8 ff.]) resp. allein von einer „ADHS im Erwachsenenalter“ (AB 24 S. 2) auszugehen wäre, wäre sie dadurch nicht in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkt, hat sie doch erfolgreich die Maturität sowie das ...diplom für die ... und die

... erlangt (AB 33 S. 9 ff.) und während mehreren Jahren eine Erwerbsarbeit ausgeübt, wobei ihr jeweils gute bis sehr gute Leistungen attestiert wurden (vgl. AB 33 S. 2 - 8, zum Ganzen: Entscheid des BGer vom 29. Oktober 2013, 9C_454/2013, E. 4.2).

3.4 Zusammenfassend erweist sich der Sachverhalt als rechtsgenügend abgeklärt. Von weitergehenden Abklärungen (vgl. Beschwerde S. 2, Eventualbegehren) sind vorliegend keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung auf solche zu verzichten ist (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Auch wenn für die Beschwerdeführerin persönlich ein Verbleib in der ursprünglichen Tätigkeit nicht mehr vorstell- und zumutbar scheint, so ist die gewünschte Umschulung mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens nicht von der Beschwerdegegnerin zu finanzieren. Da hier kein invalidisierender Gesundheitsschaden erstellt ist, ist auch eine deswegen drohende Invalidität von vornherein ausgeschlossen, weshalb auch insoweit kein Anspruch besteht.

4.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 3. November 2016 (AB 57) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

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

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

5.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG sowie Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin (samt Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 18. Januar 2017)
 - 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.