

200 16 1204 IV  
ACT/GUA/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 27. April 2017**

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiberin Gurtner

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch **B.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. November 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1963 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 2. Mai 2016 unter Hinweis auf eine psychische Beeinträchtigung zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an (Antwortbeilagen der Invalidenversicherung [AB] 1). Im Rahmen der medizinischen und erwerblichen Abklärungen zog die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) die Akten der Krankentaggeldversicherung C.\_\_\_\_\_ AG bei. Gestützt auf das von dieser veranlasste Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 27. Juli 2016 (AB 10.2) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 11. August 2016 (AB 11) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand (AB 13) mit Verfügung vom 8. November 2016 (AB 16) fest und lehnte das Leistungsbegehren ab.

### **B.**

Hiergegen erhebt die Versicherte, vertreten durch B.\_\_\_\_\_, dipl. Sozialarbeiter FH, am 7. Dezember 2016 Beschwerde und beantragt die Aufhebung der Verfügung vom 8. November 2016. Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, berufliche Eingliederungsmassnahmen im geschützten Rahmen zu gewähren. Eventualiter sei eine ganze Rente zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 25. Januar 2017 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 8. November 2016 (AB 16). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

**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** In formeller Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin eine Verletzung des rechtlichen Gehörs. Unter diesem Titel bringt sie vor, dass die Beschwerdegegnerin auf den im Vorbescheidverfahren eingereichten Bericht der behandelnden Ärztin, Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. September 2016 (AB 12) nicht eingegangen sei. Weiter fehle eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD). Soweit die Beschwerdeführerin sinngemäss geltend macht, das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2016 (AB 10.2) sei nicht von einem Sozialversicherungsträger eingeholt worden, stellt dies eine Frage des Beweiswertes und nicht des rechtlichen Gehörs dar (vgl. hierzu E. 4.4.1 hiernach).

**2.2** Die Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101). Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181).

**2.3** In der Verfügung vom 8. November 2016 (AB 16) nimmt die Beschwerdegegnerin in der Begründung sowohl auf die im Vorbescheidverfahren von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Argumente als auch zu den Einschätzungen von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ rechtsgenügend Bezug (AB 16). Die Beschwerdegegnerin muss sich nicht ausdrücklich mit jedem einzelnen Einwand auseinandersetzen (vgl. E. 2.2 hiervor). Damit erweist sich die Rüge der Beschwerdeführerin als unbegründet. Hinsichtlich der

nicht eingeholten Stellungnahme des RAD (Beschwerde, S. 1) ist nicht ersichtlich, inwiefern das rechtliche Gehör verletzt worden sein soll, denn ob ein Bericht des RAD nötig ist oder nicht, ist eine Frage der Beweiswürdigung resp. des Untersuchungsgrundsatzes. Somit ist das rechtliche Gehör im Vorbescheidverfahren nicht verletzt worden.

### **3.**

**3.1** 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).

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 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). 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).

**3.2** 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).

#### **4.**

**4.1** Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

**4.1.1** Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bestätigt im Zwischenbericht vom 28. Oktober 2015 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 3. September 2015 (AB 5.2 S. 5 Ziff. 4). Falls die Pflegeintensität der schwer erkrankten Tochter nachlasse oder anders organi-

sirt werden könne, sei mit einer teil- bzw. später mit einer vollprozentigen Arbeitsfähigkeit zu rechnen (AB 5.2 S. 5 Ziff. 7).

**4.1.2** Im Zwischenbericht der Psychiatrischen Dienste G. \_\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2015 wird eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert (AB 5.2 S. 1 Ziff. 3). Die Beschwerdeführerin leide an Konzentrationsstörungen, sei formalgedanklich verlangsamt und grübelnd. Die affektive Modulationsfähigkeit sei herabgesetzt, der Appetit vermindert, zudem leide sie an Antriebs- und Schlafstörungen (AB 5.2 S. 1 Ziff. 4). Aktuell sei nicht einschätzbar, innert welcher Zeit mit einer Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei (AB 5.2. S. 2 Ziff. 9).

**4.1.3** Die Beschwerdeführerin war vom 15. Februar bis 13. März 2016 in der Klinik H. \_\_\_\_\_, Spezialklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, hospitalisiert. Die behandelnden Ärzte diagnostizieren in ihrem Bericht vom 5. April 2016 (AB 9 S. 7 – 10) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21; AB 9 S. 7). Weiter wird eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 15. Februar bis 27. März 2016 attestiert (AB 9 S. 9). Beim Eintritt seien ein leicht gedrückter Affekt, sporadische innere Unruhe, Einschlafstörungen, Gedankenkreisen und Grübeln sowie Zukunftssorgen im Vordergrund gestanden. Diese Symptomatik stehe einerseits in engem Zusammenhang mit dem körperlichen Wohlbefinden ihrer Tochter, welche als „Schmetterlingskind“ seit Geburt viel Unterstützung benötige und immer wieder mit Verschlechterungen des Gesundheitszustandes – bei insgesamt schlechter Prognose – kämpfen müsse, andererseits sei auch die Arbeit teilweise eine Belastung. Aufgrund der eher leichtgradig ausgeprägten Symptomatik und auch auf Wunsch der Beschwerdeführerin sei auf eine psychopharmakologische Intervention verzichtet worden (AB 9 S. 8 f.).

**4.1.4** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ bestätigt im Bericht vom 17. Juni 2016 (AB 9 S. 1 – 6) die im Bericht der Klinik H. \_\_\_\_\_ vom 5. April 2016 genannte Diagnose. Zusätzlich diagnostiziert sie einen psychomotorischen Tremor (AB 9 S. 1 Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin sei zurzeit 100% arbeitsunfähig (AB 9 S. 3 Ziff. 1.6). Aktuelle Symptome seien ein innerer Ausnahmezustand, permanentes Gedankenkreisen um das Leiden und Sterben der Tochter, was zeitlich nicht abzusehen sei. Verzweiflung, Ohnmachtsge-

fühle, Unruhe, Tremor, Konzentrationsstörungen, Erschöpfung wie auch Überforderung mit der Organisation und dem Verrichten alltäglicher Notwendigkeiten ständen im Vordergrund. Zur Prognose hält Dr. med. E.\_\_\_\_\_ fest, dass diese aktuell nicht einschätzbar sei und in engem Zusammenhang mit der Tochter stehe (AB 9 S. 2 Ziff. 1.4).

**4.1.5** Im Gutachten vom 27. Juli 2016 (AB 10.2) diagnostiziert Dr. med. D.\_\_\_\_\_ eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsunfähigkeit seien unter anderem anamnestisch eine depressive Episode (ICD-10 F32.4), gegenwärtig nahezu vollständig remittiert, differentialdiagnostisch eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) sowie anamnestisch eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F 43.21; AB 10.2 S. 30 Ziff. 5). Der Gutachter hält weiter fest, dass der Beschwerdeführerin eine angemessene schulische, berufliche wie auch soziale Entwicklung gelungen sei. Im Zusammenhang mit einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes ihrer Tochter, die unter anderem Lungenembolien erlitten und Herzschwierigkeiten gehabt habe, habe die Beschwerdeführerin „aus nervlichen Gründen“ nicht mehr arbeiten können (AB 10.2 S. 31 Ziff. 6). Des weiteren habe die diagnostische Einschätzung einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) nicht zweifelsfrei nachvollzogen werden können, dies aufgrund des Längsschnittverlaufs und der von der Beschwerdeführerin genannten Hauptbeschwerde einer Angst. In diesem Zusammenhang sei eher an eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) zu denken, zumal die erforderlichen Kriterien angemessen erfüllt seien (AB 10.2 S. 31 f. Ziff. 6.1). Unter Berücksichtigung der Schilderungen zum Tages- und Wochenablauf resp. den Tätigkeiten sei gegenwärtig eine geringe bis leichtgradige Einschränkung durch die Auswirkungen dieser Störung erkennbar. Der Beschwerdeführerin sei es möglich, ihren Haushalt zu führen, sich angemessen zu kleiden, Auto zu fahren, soziale Kontakte zu pflegen, sich um ihre Familienangehörigen und speziell um ihre Tochter zu kümmern (AB 10.2 S. 33). Gegenwärtig sei eine weitgehend remittierte depressive Episode feststellbar gewesen, darauf hätten die objektiven psychopathologischen Befunde, die passend zu den Ergebnissen der Montgomery-Asperg Depression Rating Scale (MADRS) seien, und die Angaben zum Tagesablauf hingewiesen.

Ein sogenanntes somatisches Syndrom habe nicht festgestellt werden können (AB 10.2 S. 34 Ziff. 6.2 oben). In differentialdiagnostischer resp. ergänzender Hinsicht könne grundsätzlich auch eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) diskutiert werden (AB 10.2 S. 34 Ziff 6.2 Mitte), welche unter Berücksichtigung der Aktenlage und der Schilderung der Beschwerdeführerin möglich sei (AB 10.2 S. 35 gegen unten). Ergänzend weist der Gutachter darauf hin, dass keine Hinweise auf eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F2), eine weitere Angststörung (ICD-10 F40/41) oder weitere psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit feststellbar gewesen seien. Ebenso wenig sei eine posttraumatische Belastungsstörung feststellbar. Auch eine Persönlichkeitsstörung könne nicht angenommen werden (AB 10.2 S. 36 Ziff. 6.3). Weder eine weitgehend remittierte depressive Episode noch eine differentialdiagnostische Dysthymie würden eine Arbeitsunfähigkeit begründen, was für sich allein auch für die diagnostizierte Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion gelte. Aufgrund der generalisierten Angststörung sei indessen für eine Tätigkeit mit intensivem zwischenmenschlichem Kontakt, erhöhten Anforderungen an die Belastbarkeit und die Kreativität eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% anzunehmen. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... sei am ehesten diesem Bereich zuzuordnen, so dass diesbezüglich eine Arbeitsfähigkeit von 80% ausgewiesen sei. Für eine leidensangepasste Tätigkeit mit weniger intensivem zwischenmenschlichem Kontakt und geringeren Anforderungen an die Flexibilität und Belastbarkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von 90% auszugehen, während für den Haushalt keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei (AB 10.2 S. 36 f. Ziff. 6.4). Die feststellbaren psychosozialen Gesichtspunkte seien in diesem Zusammenhang berücksichtigt und von den objektivierbaren Befunden abgegrenzt worden (AB 10.2 S. 37 f.).

**4.1.6** Im Bericht vom 6. September 2016 (AB 12) nimmt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zum Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2016 (AB 10.2) Stellung. Betreffend Verlauf und Anpassung der Diagnose im Verlauf sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin mit einer Anpassungsstörung mit zunächst vorwiegend depressiver Symptomatik und innerem Erregungszustand auf die Verschlechterung des Gesundheitszustandes ihrer Tochter reagiert habe. Aufgrund des prolongierten Verlaufs habe

die Diagnose zu Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion angepasst werden müssen. Im Verlauf seien die depressiven Symptome zurückgetreten, die Angstsymptome seien bestehen geblieben und hätten als diejenigen einer generalisierten Angststörung beschrieben werden können, die sich allerdings nicht auf eine vermeintliche Vorahnung oder potentielle Gefährdung, sondern auf die reale Prognose der Tochter beziehe. Der Diagnose des Gutachters schliesse sie sich an, da die Symptome im Querschnitt denjenigen einer generalisierten Angststörung entsprächen. Mit der aktuellen Zustandsverschlechterung im August und September 2016 seien erneut depressive Symptome hinzugetreten. Aufgrund des prolongierten Verlaufs sei zudem eine dependente Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7) wahrscheinlich, zumal sich in der umfassenderen Anamnese hierzu deutliche Hinweise finden liessen, so dass im Längsschnitt die entsprechenden Kriterien erfüllt seien. Die genaue und definitive Abklärung der Persönlichkeitsstörung sei jedoch in der akuten Situation der Angststörung und der aktuell erneuten depressiven Krise nicht möglich resp. zulässig (AB 12 S. 3). Es bestehe weiterhin und abweichend zur Beurteilung des Gutachters eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bezüglich einer Arbeit in der .... Des weiteren hat sich aktuell in der Krise insbesondere die Angstsymptomatik derart verschlechtert, dass auch deshalb akut eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (AB 12 S. 6).

**4.2** 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).

**4.3** In somatischer Hinsicht ist aufgrund der Akten kein Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit erstellt; dies wird denn auch nicht geltend gemacht.

**4.4** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 8. November 2016 (AB 16) massgeblich auf das Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2016 (AB 10.2) gestützt.

**4.4.1** Vorab ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin kein Administrativgutachten in Auftrag gegeben, sondern auf das zuhanden der C. \_\_\_\_\_ AG erstattete Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ abgestellt hat. Die IV-Stelle hat im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes und des Amtsbetriebes darüber zu entscheiden, ob die Einholung einer eigens in Auftrag gegebenen Expertise, welche den Anforderungen von Art. 44 ATSG genügt, erforderlich ist; eine gesetzliche Verpflichtung zur Einholung eines solchen Gutachtens besteht hingegen nicht. Im Rahmen der Verhältnismässigkeit und im Sinne der raschen Verfahrenserledigung kann es vielmehr geboten sein, gegebenenfalls auf ein ausserhalb des Invalidenversicherungszweiges erstattetes Gutachten abzustellen; andernfalls müsste in derartigen Fällen immer ein zweites Gutachten eingeholt werden, was – nebst unnötigen finanziellen Aufwendungen – auch eine Belastung der Versicherten bedeuten würde. Wird auf die Einholung einer eigenen Expertise verzichtet, wird dem Umstand, dass die spezifischen verfahrensrechtlichen Vorgaben keine Anwendung fanden, dadurch Rechnung getragen, dass die Expertise im Verfahren der Invalidenversicherung nicht den erhöhten Beweiswert eines versicherungsexternen Gutachtens im Sinne von Art. 44 ATSG (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353) genießt. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S.1) führt deshalb der Umstand, dass das Gutachten von der C. \_\_\_\_\_ AG vorliegend nicht als

Sozialversicherungsträger, sondern als Privatversicherer und damit nicht unter Berücksichtigung der Vorschriften von Art. 44 ATSG eingeholt wurde, weder zu einer Verletzung des rechtlichen Gehörs noch schadet es der grundsätzlichen Beweistauglichkeit des Gutachtens.

**4.4.2** In materieller Hinsicht erfüllt das Gutachten die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.2 hiervor), so dass darauf abzustellen ist. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar begründet.

Die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 17. Juni 2016 und 6. September 2016 (AB 9 S. 1 – 6 und AB 12) sprechen nicht gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_; insbesondere enthält der Bericht vom 6. September 2016, worin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zum Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ Stellung nimmt, kein Indiz, das der Gutachter nicht beachtet hätte. Er setzt sich im Gutachten zudem ausführlich mit den bisherigen psychiatrischen Beurteilungen auseinander (AB 10.2 S. 31 – 33 Ziff. 6).

Weiter überzeugt auch die von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ angenommene vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht (AB 12 S. 6). Zunächst bestätigt sie implizit, dass ein reaktives Geschehen vorliegt, da sie auf den auslösenden Faktor – die Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Tochter – hinweist (AB 12 S. 2 f.). Sie bezeichnet dies als ausserordentliche seelische Belastung und schreibt weiter, dies führe zu einer Anpassungsstörung (AB 12 S. 3), was sich mit der Einschätzung des Gutachters deckt (AB 10.2 S. 31 ff. Ziff. 6.1), welcher sie sich denn auch anschliesst (AB 12 S. 3 Mitte). Im Übrigen bestätigt die behandelnde Psychiaterin damit, dass hier – entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 2) – nicht eine dreissigjährige Belastung vorliegt, die zur Reaktion geführt hat, sondern dass dies mit dem verschlechterten Gesundheitszustand der Tochter im September 2015 zu tun hat. Weiter erwähnt Dr. med.

E.\_\_\_\_\_ neu eine dependente Persönlichkeitsstörung, führt aber gleichzeitig aus, Abklärung und Diagnose seien aktuell nicht möglich (AB 12 S. 3). Damit ist dieser Gesundheitsschaden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20) erstellt; abgesehen davon legt der Experte überzeugend dar, dass die generellen Voraussetzungen einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 F6 nicht erfüllt sind (AB 10.2 S. 36 Ziff. 6.3).

Der Gutachter geht hinsichtlich der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit davon aus, dass allein die Angststörung Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat; die von den behandelnden Ärzten der Psychiatrischen Dienste G.\_\_\_\_\_ am 4. Dezember 2015 diagnostizierte mittelgradige depressive Episode (AB 5.2 S. 1 Ziff. 3) – welche damals zu einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit führte (AB 5.2 S. 2 Ziff. 7 und 9) – sei weitgehend remittiert, so dass sie sich nicht mehr auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (AB 10.2 S. 36 f. Ziff. 6.4). Jedoch handelt es sich bei der Angststörung – anders als in der Beschwerde ausgeführt (Beschwerde, S. 2) – um ein reaktives Geschehen im Zusammenhang mit der Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Tochter im September 2015 (vgl. Berichte des Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2015 [AB 5.2 S. 5 Ziff. 6 f.], der Klinik H.\_\_\_\_\_ vom 5. April 2016 [AB 9 S. 8 f.], der Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 17. Juni 2016 und 6. September 2016 [AB 9 S. 2 Ziff. 1.4 und AB 12 S. 2 f.] und Gutachten vom 27. Juli 2016 [AB 10.2 S. 31 Ziff. 6.1]) und somit nicht um einen verselbstständigten Gesundheitsschaden (vgl. Urteil des BGER vom 17. Februar 2016, 9C\_668/2015, E. 3; vgl. auch E. 3.1 hiervor), so dass die vom Gutachter angenommene entsprechende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 10.2 S. 36 f. Ziff. 6.4) sozialversicherungsrechtlich unbeachtlich ist. Damit besteht kein invalidisierender Gesundheitsschaden.

**4.5** Nach dem Dargelegten ist die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden bzw. keine relevante Minderung der Arbeitsfähigkeit und somit keine Invalidität im Rechtssinne (vgl. E. 3.1 hiervor) vorliegt. Weitere medizinische Abklärungen – insbesondere eine Stellungnahme des RAD (vgl. Beschwerde, S. 1 unten) – erübrigen sich (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162.). Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

## 5.

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.

Vorliegend werden die Verfahrenskosten gerichtlich auf Fr. 800.-- festgesetzt, der unterliegenden Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - 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.