

200 16 757 IV
GRD/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. November 2016

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. Juni 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1984 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 17. Februar 2014 (richtig wohl: 2015 [vgl. Eingangsstempel]) bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Diese stellte ihr mit Vorbescheid vom 6. Mai 2016 (AB 34) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 35) verneinte sie mit Verfügung vom 30. Juni 2016 (AB 37) entsprechend dem Vorbescheid einen Anspruch auf Invalidenversicherungsleistungen.

B.

Mit Eingabe vom 29. August 2016 erhob die Versicherte Beschwerde und beantragte sinngemäss, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und ihr seien Invalidenversicherungsleistungen zuzusprechen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 11. Oktober 2016 schloss die Beschwerdegegnerin, unter Verweis auf eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 30. September 2016 (AB 47), auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 30. Juni 2016 (AB 37). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, wobei gestützt auf die geltend gemachte Einschränkung der Erwerbstätigkeit (Beschwerde S. 9 N. 22) eine Invalidenrente im Vordergrund steht.

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 Ar-

beitsmarkt (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). 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). 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). 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).

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 Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 30. Juni 2016 (AB 37) in medizinischer Hinsicht auf eine Aktenbeurteilung des RAD-Arztes Dr. med. B. _____ (nach eigenen Angaben Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, im Medizinalberuferegister jedoch ohne Facharztstitel verzeichnet [vgl. <www.medregom.admin.ch>]) vom 28. April 2016 (AB 33). Darin führte er die folgenden Diagnosen auf:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Leichte bis mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom in Form myofaszialer Dysbalancen (ICD-10: F32.11)
- Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:
- Chronisches oberes zervikogenes Syndrom respektive Schwindel und chronische Kopfschmerzen

Er erklärte, die Beschwerdeführerin habe nach einem Verkehrsunfall im März 2014 ein zervikogenes Syndrom und im weiteren Verlauf eine depressive Symptomatik mit unterschiedlichem Ausmass im Krankheitsverlauf entwickelt. Dies habe ab 3. September 2014 zu einer 100%igen, ab 29. September 2014 zu einer 80%igen, ab 3. November 2014 zu einer 60%igen und ab April 2015 zu einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit geführt. Seit 7. Dezember 2015 betrage die Arbeitsunfähigkeit noch 30 %. Es bestehe im Rahmen der depressiven Symptomatik noch eine verminderte Aufmerksamkeit und Konzentration sowie eine reduzierte Ausdauer/Belastbarkeit in Kombination mit einer erhöhten Ermüdbarkeit. Er stellte eine günstige Prognose und attestierte aus objektiv-medizinischer Sicht eine ab sofort gültige Arbeitsfähigkeit von 80 % (quantitativ) bzw. 70 % (qualitativ).

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).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die

Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.3 Die RAD-Beurteilung vom 28. April 2016 (AB 33) erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und erbringt grundsätzlich vollen Beweis.

3.3.1 Dass Dr. med. B._____ die Beschwerdeführerin nicht klinisch explorierte, ist nicht geeignet, den Beweiswert seiner überzeugenden Schlussfolgerungen zu schmälern, konnte er sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Wohl lagen ihm zwei erst im Beschwerdeverfahren seitens der Beschwerdeführerin aufgelegte medizinische Dokumente (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilagen [BB] 4 und 7) zunächst nicht vor. Aus diesen Unterlagen ergeben sich indes keine wesentlichen neuen Aspekte, zudem nahm der RAD am 30. September 2016 dazu eingehend Stellung (AB 47/3 f.). Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (BB 4) diagnostizierte der am Folgetag nach dem Verkehrsunfall vom 10. März 2014 erstkonsultierte Dr. med. C._____, Facharzt für Chirurgie und für Allgemeine Innere Medizin FMH, einen Grad I nach QTF-Klassifikation (Klassifikation der Québec Task Force). Er stellte keine pathologischen Befunde fest, verzichtete auf bildgebende Untersuchungen, verordnete nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) sowie Physiotherapie (BB 5), bescheinigte keine Arbeitsunfähigkeit und beantwortete die Frage, ob die Beschwerdeführerin nach dem Unfallereignis die geplante Tätigkeit habe verrichten können mit nein, «weil: Pat. nicht wollte». Im Konsiliarbericht des Spitals D._____ vom 5. November 2015 (BB 7) über die ambulante Schmerzsprechstunde vom 20. Oktober 2015 vermerkten PD Dr. med. E._____ und Dr. med. F._____, beides Fachärzte für Anästhesiologie, als Diagnosen ein chronisches muskuloskelettales zervikoge-

nes Schmerzsyndrom mit/bei Zustand nach leichtem HWS-Beschleunigungstrauma im März 2014 und Heliosis im August 2014 sowie eine reaktive depressive Phase seit August 2014. Sie wiesen darauf hin, dass die Beschwerdeführerin weiterhin zu 40 % arbeitsunfähig geschrieben sei, empfahlen die Weiterführung der Psychotherapie und schlossen die Behandlung ab.

In Kenntnis dieser beiden nachgereichten Dokumente bestätigte der RAD-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, in seiner von Dr. med. B. _____ unterzeichneten Stellungnahme vom 30. September 2016 (AB 47/3 f.), dass das im Nachgang zum Verkehrsunfall aufgetretene zervikogene Syndrom keinen Einfluss mehr auf die Arbeitsfähigkeit habe. Diese Einschätzung leuchtet ein, zumal initial keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde und es sich um einen harmlosen Verkehrsunfall gehandelt hat. Die beschwerdeweise geltend gemachte Aufprallgeschwindigkeit von «zirka 50 Km/h» (Beschwerde S. 3 N. 5) ist ausgeschlossen. Wenngleich weder eine unfalltechnische Analyse noch ein biomechanisches Gutachten vorliegt, ist angesichts des marginalen Sachschadens (Beschädigung bloss am Heckstossfänger des Fahrzeuges der Beschwerdeführerin bzw. kein sichtbarer Schaden am auffahrenden Fahrzeug [AB 3]) davon auszugehen, dass keine hohe kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Δ -V) vorlag bzw. keine grossen Kräfte auf die Beschwerdeführerin gewirkt haben. Überdies begab sich die Beschwerdeführerin erst nach einer langen Latenzzeit ab 20. Juni 2014 in hausärztliche Behandlung bei Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, wobei psychische Beschwerden im Vordergrund standen (AB 20.2/3). Zwar diagnostizierte der Hausarzt später zusätzlich ein chronisches oberes zervikogenes Syndrom mit intermittierendem Schwindel und chronischen rezidivierenden Cephalgien, ein von ihm veranlasstes MRI der Halswirbelsäule (HWS) ergab indes keinen Nachweis relevanter organischer Läsionen und er erachtete die Beschwerden als teilweise somatoform bedingt im Rahmen der Depression (AB 10.2/1, 23.2/4). Soweit die Beschwerdeführerin dem Unfallereignis bzw. den damit assoziierten Symptomen eine entscheidende Bedeutung beimisst (Beschwerde S. 7 N. 17), findet diese Auffassung in den medizinischen Akten keinen Rückhalt; sie akzeptierte denn offensichtlich auch,

dass die Trägerin der obligatorischen Unfallversicherung am 3. März 2015 mit der Begründung den Fallabschluss verfügte, der Status quo ante sei zwölf Monate nach dem Unfalldatum eingetreten (AB 13).

3.3.2 Die medizinische Aktenlage präsentiert sich insgesamt kohärent und widerspruchsfrei, weshalb sich weitere Sachverhaltserhebungen erübrigen und offen bleiben kann, ob Dr. med. B._____ tatsächlich über einen entsprechenden Facharztstitel verfügt. Er orientierte sich in seiner retrospektiven Einschätzung der Arbeitsunfähigkeitsgrade (AB 33/5) an den Angaben des Hausarztes (AB 10.2/1, 10.2/3, 23.1/2, 23.2/4, 24/4). Auch die für den Zeitpunkt der Stellungnahme vom 28. April 2016 (AB 33) angenommene medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit (80 % Präsenzzeit bzw. 70 % Leistungsfähigkeit [das Rendement von 70 % bezieht sich offensichtlich auf ein Vollpensum]) korreliert mit der von Dr. med. H._____ zuletzt postulierten und von der ab 2. Dezember 2014 behandelnden Dr. med. G._____, seit 2015 Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, übernommenen (AB 31/3 f. Ziff. 1.6 und 1.9) 30%igen Arbeitsunfähigkeit (AB 29/2). Des Weiteren ergeben sich in diagnostischer Hinsicht ebenfalls keine wesentlichen Divergenzen. Zwar bezeichnete der RAD-Arzt die depressive Episode als *leicht* bis mittelgradig (AB 33), während Dr. med. G._____ sie als mittelschwer wertete (AB 23.2/1 Ziff. 2, 31/1 Ziff. 1.1), beide klassifizierten die Diagnose aber mit ICD-10: F32.11, womit sie letztlich übereinstimmend von einer (höchstens) mittelgradigen Ausprägung ausgingen.

3.4 Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) rechtsgenügend abgeklärt. Basierend auf der RAD-Beurteilung (AB 44, 47) ist nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) erstellt, dass aus medizinischer Sicht trotz der mittelgradigen depressiven Episode spätestens ab 7. Dezember 2015 (im ungekündigten Arbeitsverhältnis) eine Restarbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 70 % besteht. Dies stimmt auch mit dem von der Beschwerdeführerin faktisch präsentierten Leistungsvermögen überein, bewältigt sie nach eigenen Angaben doch wieder ein Arbeitspensum von 70 % (Beschwerde S. 8 N. 21). Ein rentenbegründender

Invaliditätsgrad (vgl. Art. 16 ATSG; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; E. 2.3 hiervor) fällt bei dieser Ausgangslage von vornherein ausser Betracht.

Indes liegt der frühestmögliche Rentenbeginn unter Berücksichtigung der Karenzfrist (Art. 29 Abs. 1 IVG) sowie des Wartejahres (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG) im September 2015, womit aufgrund der damals noch höheren Arbeitsunfähigkeit von 40 % ein befristeter Rentenanspruch grundsätzlich nicht ausgeschlossen wäre (vgl. Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Zudem stehen mit Blick auf das unspezifische Rechtsbegehren allenfalls auch weitere Leistungsansprüche in Frage. Allemal gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass es – auch bei Depressionen – keineswegs allein Sache des Arztes ist, abschliessend und verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer im Sozialversicherungsrecht anerkannten andauernden Arbeitsunfähigkeit führt, zumal zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine Korrelation besteht und die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist sowie unausweichlich Ermessenzüge trägt (vgl. E. 2.4 hiervor; BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195; SVR 2014 Nr. 34 S. 124 E. 3.1). Es ist deshalb nachfolgend im Rahmen einer rechtlichen Würdigung zu beurteilen, ob unter sozialversicherungsrechtlichen Gesichtspunkten überhaupt ein relevanter Gesundheitsschaden vorliegt bzw. welche Arbeitsleistungen der Beschwerdeführerin noch zugemutet werden können.

4.

4.1 Die diagnostizierte depressive Episode ist – ebenso wie eine eigentliche depressive Störung – per se nicht als pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage im Sinne der Rechtsprechung zu qualifizieren (vgl. SVR 2014 IV Nr. 12 S. 48 f. E. 3.2 und 4.2.3; Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 8. Oktober 2014, 9C_856/2013, E. 3.1, und vom 15. Januar 2013, 8C_217/2012, E. 5.3.1), womit sich eine Prüfung der Standardindikatoren nach Massgabe von BGE 141 V 281 erübrigt. Zwar hat das Bundesgericht

offen gelassen, ob die Praxis nach BGE 141 V 281 auf alle psychischen Leiden auszudehnen sei (Entscheid des BGer vom 7. Juli 2016, 8C_676/2015, E. 5.3 [zur Publikation vorgesehen]). So oder anders hat BGE 141 V 281 aber an der bundesgerichtlichen Praxis, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen, nichts geändert (Entscheid des BGer vom 18. November 2015, 9C_125/2015, E. 7.2.1 mit Hinweisen).

4.2 Die mittelgradige depressive Episode ist vorliegend als therapierbar einzustufen. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die Therapie als gescheitert zu betrachten und von einem resistenten Leiden auszugehen wäre. Dies hat die Beschwerdegegnerin in allen Teilen zutreffend dargelegt (Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 7). Dr. med. H._____ bezeichnete die Prognose bezüglich der depressiven Episode bereits im November 2014 als günstig und gab an, es sei kein bleibender Nachteil zu erwarten (AB 10.2/1 Ziff. 5). Im April 2015 beschrieb er zwar einen zögerlichen Verlauf, er erwartete aber immer noch eine – wenn auch langsame – Besserung der Depression (AB 23.2/4 Ziff. 6). Dr. med. G._____ führte eine wöchentliche ambulante Behandlung samt Pharmakotherapie durch und formulierte als Behandlungsziel eine Vollremission der depressiven Symptomatik (AB 23.2/2 Ziff. 5 f., 24/3 Ziff. 5, 31/2 Ziff. 1.4). Die Dres. med. E._____ und F._____ erachteten die Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung im November 2015 ebenfalls als indiziert (BB 7/1) und die behandelnde Psychiaterin orientierte noch im März 2016 über eine geplante Steigerung der Medikation unter Beibehaltung des Therapiesettings (AB 31/3 Ziff. 1.5). Die insgesamt positive Situation spiegelt sich auch im Umstand wieder, dass die Arbeitsfähigkeit im Verlauf tatsächlich stetig gesteigert werden konnte. Dass es der Beschwerdeführerin trotz therapeutischer Bemühungen bis zum massgebenden Verfügungszeitpunkt (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) nicht gelungen ist, ihre vollständige Arbeitsfähigkeit wieder zu erlangen (Beschwerde S. 5 N. 11), ändert nichts am nach wie vor bestehenden Therapiepotential. Folglich ist der diagnostizierten mittelschweren Depression eine invalidisierende Wirkung abzusprechen.

4.3 Bei dieser Ausgangslage kann unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Praxis (vgl. E. 2.2, 2.4 und 4.1 hiervor) aus rechtlicher Sicht nicht auf die Arbeitsunfähigkeitsschätzungen des RAD bzw. der behandelnden Ärzte abgestellt werden, wenngleich diese aus rein medizinischer Sicht allenfalls zutreffen mögen. Damit ist das Bestehen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens nicht ausgewiesen, was eine leistungsspezifische Invalidität für jegliche in Frage stehenden Invalidenversicherungsleistungen ausschliesst. Die Beschwerdegegnerin verneinte mit Verfügung vom 30. Juni 2016 (AB 37) einen Leistungsanspruch zu Recht; die hiergegen erhobene Beschwerde ist 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die 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):
 - A. _____
 - 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.