

200 16 830 IV
KOJ/BRM/CES

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. Februar 2017

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. Juli 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1994 geborene A._____ meldete sich am 12. Juli 2013 wegen seit September 2012 aufgetretenen Depressionen für berufliche Integration/Rente bei der IV-Stelle Bern (IVB) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II] 2). Die IVB holte diverse Unterlagen ein und erteilte am 1. November 2013 Kostengutsprache für ein Aufbautraining in der Abklärungsstelle C._____, ..., vom 4. November 2013 bis 9. Februar 2014 (act. II 14), welches mit Mitteilung vom 11. Februar 2014 bis am 4. Mai 2014 verlängert, jedoch Ende März 2014 vorzeitig abgebrochen wurde (act. II 18). Hierüber wurde am 14. Februar 2014 (act. II 19) sowie am 3. April 2014 (act. II 23) Bericht erstattet. Daraufhin wurden die beruflichen Massnahmen abgeschlossen (act. II 25).

Nach Einholen weiterer medizinischer (act. II 26, 31) und erwerblicher (act. II 27, 33) Unterlagen ordnete die IVB auf Empfehlung des RAD (act. II 34) eine bidisziplinäre Begutachtung unter Beteiligung der Fachrichtungen Psychiatrie und Neuropsychologie an (act. II 35); das Gutachten (der Fachrichtungen Neurologie und Psychiatrie) wurde am 21. April 2016 erstattet (act. II 43.1).

B.

Gestützt auf diese Abklärungen stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 6. Mai 2016 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (act. II 45) und verfügte – nachdem die Versicherte am 11. Juni 2016 unter Hinweis auf die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters, Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Juni 2016 Einwand erhoben hatte (act. II 50) – am 12. Juli 2016 entsprechend dem Vorbescheid (act. II 52).

C.

Mit hiergegen am 13. September 2016 erhobener Beschwerde lässt die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, beantragen, die Verfügung vom 12. Juli 2016 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, der Beschwerdeführerin die ihr zustehenden Leistungen zu erstatten. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin liege aus versicherungsrechtlicher Sicht eine leistungsbegründende psychische Einschränkung vor. Die behandelnden Psychiater, Dr. med. E._____, sowie Dr. med. D._____, hätten aufgrund der Depressionen – wenn überhaupt – nur eine sehr geringe Arbeitsfähigkeit attestiert und der psychiatrische Gutachter sei aufgrund der in schwankendem Ausmass seit 2011 vorhandenen und relevanten psychiatrischen Problematik vom Fortdauern einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für die nächsten sechs Monate seit der Begutachtung ausgegangen. Es sei nicht nachvollziehbar, dass zunächst der medizinische Sachverhalt festgestellt werde, um sich anschliessend über die Ergebnisse hinwegzusetzen. Tatsächlich liege aus versicherungsrechtlicher Sicht seit 2011 sehr wohl eine psychische Einschränkung von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung vor; zudem sei auch die Dauer der Einschränkung im leistungsrelevanten Sinn erheblich, nachdem sie länger als die zu bestehende Wartezeit andauere. Die Voraussetzungen für die Ausrichtung einer bis Ende Oktober 2016 befristeten Rente seien damit erfüllt; ob nach diesem Zeitpunkt die – seinerzeit abgebrochenen – beruflichen Massnahmen durchgeführt bzw. wieder aufgenommen werden könnten, sei aufgrund der konkreten Umstände, insbesondere des gesundheitlichen Zustandes zu bestimmen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 14. Oktober 2016 beantragt die IVB 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 Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 12. Juli 2016 (act. II 52). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin 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 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). 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 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; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

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

2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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).

2.4 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).

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).

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).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Im Rahmen einer stationären Behandlung aufgrund akuter Suizidalität hielten die psychiatrischen Dienste F._____ im Austrittsbericht vom 31. Dezember 2012 als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) sowie (nach Aussagen der Patientin und deren Eltern) eine Lese- und Rechtschreibstörung fest; ferner wurden ein Zustand nach Dengue-Fieber und Tuberkulose, die Rückkehr in die Schweiz nach

13 Jahren Aufenthalt in ... und eine mässige soziale Beeinträchtigung erwähnt. Das Bewusstsein, die Orientierung, die Aufmerksamkeit sowie die Auffassung und Konzentration wurden als unauffällig beschrieben. Das formale und inhaltliche Denken sei kohärent, Zwänge wurden verneint. Aufgrund der neuen Lebenssituation in der Schweiz bestehe eine Ängstlichkeit/Unsicherheit und Orientierungslosigkeit, dagegen bestünden keine Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Affektiv sei die Patientin deprimiert, situativ aufgeheitert, normal schwingungsfähig. Von situativ aufkommenden Suizidgedanken könne sie sich aktiv und gut distanzieren. Während der stationären Behandlung habe sie sich deutlich stabilisieren können (act. II 5 S. 5 f.).

3.1.2 Die (früher) behandelnde Dr. med. E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gab in ihrem Bericht vom 30. Juli 2013 die Ausführungen im beigelegten Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste F._____ vom 31. Dezember 2012 (vgl. E. 3.1.1 hiervor) wieder (act. II 5 S. 2 ff.).

3.1.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. G._____, Fachärztin für Kinder-, Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, führte am 15. August 2013 aus, der diagnostizierte Gesundheitsschaden beeinträchtigte die Versicherte in ihrer Berufswahl oder bei der erstmaligen beruflichen Ausbildung; aufgrund der depressiven Störung bestehe eine erhöhte Ermüdbarkeit und eine verringerte Belastbarkeit. Sie benötige für alle Tätigkeiten eine grosse Überwindung, sei auf einen tragfähigen Arbeitsplatz mit einem verständnisvollen Arbeitgeber und wegen der Lese- Rechtschreibung im schulischen Bereich auf Unterstützung (Coaching) angewiesen. Während der gesamten Ausbildungsdauer werde eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung angezeigt sein (act. II 7 S. 2).

3.1.4 Der die Versicherte seit Februar 2014 behandelnde Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10: F32.1), bei multiplen psychosozialen Problemen (Rückkehr in die Schweiz nach 13 Jahren Aufenthalt in ..., Stellenlosigkeit, fehlende Berufsausbildung), ausgeprägte Stress- und Druckintoleranz sowie anamnestisch eine Lese- und Rechtschreibstörung

(nach Aussagen der Patientin und deren Eltern) fest. Er bescheinigte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Oktober 2012. Die Integrationsschwierigkeiten verunmöglichten das Knüpfen von Kontakten und lösten Ängste und sozialen Rückzug aus. Die intensiven Behandlungen wirkten positiv auf die Versicherte und schafften Mut, Kontakte zu knüpfen sowie das Haus und die Familie zu verlassen, was für die weitere Entwicklung enorm wichtig sei und positive Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe (act. II 26).

3.1.5 Dr. med. H._____, Oberärztin psychiatrische Dienste I._____, gab in ihrem Bericht vom 5. August 2015 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode mit einer ausgeprägten Stress- und Druckintoleranz, Anpassungsprobleme beim Übergang vom Jugendlichen- zum Erwachsenenalter sowie anamnestisch eine Lese- und Rechtschreibstörung (ICD-10: F33.1, Z60.0, F81.0) an. Es werden die vom behandelnden Psychiater erhobenen ärztlichen Befunde bestätigt. Während des Tagesklinikaufenthaltes habe die Patientin einerseits ihre guten Ressourcen gezeigt (war gut in die Gruppe integriert, konnte Kontakte knüpfen und sich auf Mitpatienten einlassen) und habe sich differenziert über ihre Lebens- und Familiengeschichte sowie ihre aktuelle Problematik geäußert. Gleichzeitig habe sie weiterhin grosse Mühe gezeigt, sich in der Schweiz einzugewöhnen und auf die hiesigen Lebensbedingungen einzulassen, verbunden mit grossen Regressionstendenzen. Es bestehe eine deutlich reduzierte Belastbarkeit, allgemein Vermeidungs- und Regressionstendenz und unter Druck Rückzugsverhalten in Kombination mit zunehmenden drängenden Suizidgedanken. Zusätzlich gebe es eine somatische Komponente (teilweise starke Magen-Darm-Beschwerden). Unter bestimmten Bedingungen könne sie im Wesentlichen eine gewisse Konstanz aufrecht erhalten; bei zunehmendem Druck bestehe jedoch immer wieder die Gefahr, dass die Patientin aus somatischen Gründen und/oder aufgrund von psychischen Symptomen plötzlich nicht mehr arbeitsfähig sei (act. II 31).

3.1.6 Im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung der Dres. med. J._____, Facharzt für Neurologie, und K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. April 2016 wurden aus neurologischer Sicht keine pathologischen Befunde erhoben, sodass keine Beeinträchti-

gung in einer dem Ausbildungsniveau sowie der körperlichen Konstitution der Explorandin angepassten Arbeitstätigkeit festgestellt werden konnte. Die psychiatrische Untersuchung ergab als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Episode leichten bis mittleren Grades (ICD-10: F33.0/1), Panikattacken (ICD-10: F40.0) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge vom selbstunsicheren, ängstlichen, vermeidenden Typ (ICD-10: Z73.1), im Rahmen einer protrahierten Adoleszentenkrise. Unter Berücksichtigung der zumutbaren Willensanstrengung, des bisherigen Verlaufs, der Aktenlage im Längsschnitt und der funktionellen Beeinträchtigungen sowie der Befunde müsse aus psychiatrischer Sicht festgestellt werden, dass die Explorandin nach wie vor zu 100% arbeitsunfähig sei; dies gelte für jegliche Tätigkeiten im ersten Arbeitsmarkt. Bis Ende Oktober sollte sie weiterhin im geschützten Rahmen beschäftigt werden, vorzugsweise mit langsam zunehmendem zeitlichem Pensum. Dann könne wieder ein Aufbautraining an die Hand genommen werden, beginnend mit 30% und langsamer Steigerung. Derzeit sei noch nicht definitiv abschätzbar, ob sich daran eine Lehre oder Anlehre im geschützten oder ersten Arbeitsmarkt anschliessen lasse. Die vorliegende Beeinträchtigung bestehe wahrscheinlich seit 2011 und sicher seit dem Suizidversuch Anfang 2014; seither habe sich nur eine leichte und an sich höchst instabile Verbesserung eingestellt. Die Fortsetzung der psychotherapeutischen (mindestens einmal pro Woche) und pharmakologischen Behandlung bleibe indiziert; davon könne eine Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit erwartet werden (act. II 43.1).

3.1.7 In seiner Stellungnahme vom 6. Juni 2016 bestätigt Dr. med. D._____ die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters, welche letztlich auch mit den übrigen ärztlichen Beurteilungen übereinstimmen. Es sei deshalb nicht nachvollziehbar, dass die diagnostizierte Erkrankung aus versicherungsrechtlicher Sicht keine leistungsbegründende psychische Einschränkung von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer darstelle. Die anfänglich noch eine wichtige Rolle spielenden psychosozialen Faktoren stünden nicht mehr im Vordergrund, insbesondere habe die Patientin Kontakte und Beziehungen zustande gebracht, sei seit einem Jahr in einer Beziehung und durch die Therapie sowie die Unterstützung sei es ihr auch möglich geworden, Freizeitbeschäftigungen nachzugehen.

Sie bedürfe deshalb auch der Unterstützung seitens der Invalidenversicherung (act. II 48).

3.2 Vorliegend ist unbestritten, dass einzig ein psychischer Gesundheitsschaden zur Diskussion steht und dementsprechend zu prüfen ist, ob das diagnostizierte depressive Geschehen invalidisierend ist oder nicht.

Diesbezüglich wird in den oben zusammengefassten Arztberichten eine rezidivierende depressive Störung (act. II 5 S. 2, E. 3.1.2) bzw. eine mittelgradige depressive Episode (act. II 7 S. 2, E. 3.1.3) bzw. eine rezidivierende depressive Störung mittelgradige Episode (act. II 26 S. 1, E. 3.1.4; act. II 31 S. 2, E. 3.1.5) bzw. eine rezidivierende depressive Episode leichten bis mittleren Grades (act. II 43.1 S. 14, E. 3.1. 6) diagnostiziert.

Gemäss der konstanten bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar und führen invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. Januar 2016, 9C_892/2015, E. 2 sowie BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197). 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).

Die rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode ist vorliegend als therapierbar einzustufen, denn den medizinischen Berichten lassen sich keine Hinweise entnehmen, wonach die Behandlungsmöglichkeiten im Sinne der hiervor dargelegten Rechtsprechung ausgeschöpft oder gescheitert wären. Insbesondere hat Dr. med. D. _____ im Bericht vom 4. Juli 2015 ausdrücklich festgehalten, die Beschwerdeführerin befinde sich immer noch in der Mitte März 2015 begonnenen Behandlung in der Tagesklinik der psychiatrischen Dienste

I. _____; die Prognose sei langwierig, aber positiv einzuschätzen. Die Therapiemassnahme wirke sich positiv auf die Versicherte aus, indem sie Mut schaffe, Kontakte zu knüpfen, das Haus zu verlassen und mit anderen Freundinnen auszugehen, was enorm wichtig sei für die weitere Entwicklung, auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 26 S. 2 f.).

Der psychiatrische Gutachter Dr. med. K. _____ seinerseits schätzte die Situation so ein, dass – bei weiterhin indizierter Fortsetzung der (mindestens einmal wöchentlichen) psychotherapeutischen und -pharmakologischen Behandlung – in einem halben Jahr (nach der Begutachtung) ein Aufbautraining an die Hand genommen werden könne; dabei sei eine Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu erwarten (act. II 43.1 S. 20, E. 3.1.6). Dies wird vom behandelnden Dr. med. D. _____ in seiner Stellungnahme vom 6. Juni 2016 nicht in Abrede gestellt, sondern vielmehr bestätigt, weist er doch ebenfalls darauf hin, dass durch die bisherige Therapie eine leichte Verbesserung habe erreicht werden können; darauf könne allerdings noch nicht aufgebaut werden, immerhin sei es der Patientin aber bereits möglich geworden, Freizeitbeschäftigungen nachzugehen (act. II 48, E. 3.1.7). Eine Therapieresistenz im oben genannten Sinn ist damit nicht ausgewiesen.

Die seit längerem und vom psychiatrischen Gutachter Dr. med. K. _____ auch noch für sechs weitere Monate attestierte Arbeitsunfähigkeit ändert – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde Art. 3) – nichts daran, dass das vorliegend von den involvierten Ärzten weitgehend übereinstimmend festgestellte depressive Geschehen leichten bis mittelschweren Grades unter rechtlichen Gesichtspunkten nicht invalidisierend ist (vgl. Entscheid des BGer vom 3. Februar 2016, 8C_746/2015 E. 5.4).

Dass – wie Dr. med. D. _____ am 6. Juni 2016 ausgeführt hat (act. II 48) – die anfänglich noch im Vordergrund stehenden psychosozialen Belastungsfaktoren heute keine wichtige Rolle mehr spielen, ist insofern für die sich vorliegend stellende Frage nach der Invalidisierung des psychischen Geschehens unbeachtlich, als die genannten, von äusseren Umständen geprägten Belastungsfaktoren – worauf auch in der Beschwerdeantwort zu Recht hingewiesen wird – nicht als gesundheitliche Beeinträch-

tigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2).

Hinsichtlich der weiteren gestellten Diagnosen ist schliesslich Folgendes festzuhalten: Die ausgeprägte Stress- und Druckintoleranz sowie die Anpassungsprobleme beim Übergang vom Jugendlichen- ins Erwachsenenalter stehen in engem Zusammenhang mit der Hauptdiagnose der depressiven Störung und stellen dementsprechend keine verselbstständigte Gesundheitsschäden dar, die für sich zu einer Invalidität führen könnten. Die im Gutachten diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge vom selbstunsicheren, ängstlichen, vermeidenden Typ sind als Z-Diagnose (ICD-10: Z73.1) von vornherein ebenfalls nicht invalidisierend (vgl. Entscheidung des BGer vom 6. November 2012, 9C_437/2012, E. 3.3) und die (einzig vom psychiatrischen Gutachter) festgestellten Panikattacken beeinträchtigen die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nach ausdrücklichem Hinweis (act. II 43.1 S. 19 f.) nicht wesentlich, womit ein invalidisierender Charakter derselben ebenfalls entfällt. Sodann wird die Lese- und Rechtschreibstörung als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit geführt.

3.3 Nach dem Gesagten fehlt es an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes und der einschlägigen höchstrichterlichen Rechtsprechung. Unter diesen Umständen bedurfte es nach der Erhebung des medizinischen Sachverhaltes – anders als in Art. 2 S. 4 unten der Beschwerde dargestellt – keiner weiteren Stellungnahme des RAD. Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als rechtmässig und die dagegen erhobene Beschwerde ist als unbegründet abzuweisen.

4.

4.1 Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG).

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

4.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (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 in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.