

200 16 935 IV  
FUR/JAP/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 2. März 2017**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Jakob

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. August 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1964 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 15. April 2015 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Diese stellte ihr mit Vorbescheid vom 11. Mai 2016 (AB 22) die Abweisung des Leistungsgesuchs mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 25 f.) und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 29) verneinte die IVB entsprechend dem Vorbescheid mit Verfügung vom 19. August 2016 (AB 30) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

### **B.**

Mit einer an die IVB gerichteten und von dieser zuständigkeitshalber an das Verwaltungsgericht weitergeleiteten Eingabe vom 16. September 2016 zeigte sich die Versicherte mit der Verfügung nicht einverstanden und beantragte sinngemäss deren Aufhebung sowie die Gewährung von Invalidenversicherungsleistungen, insbesondere Eingliederungsmassnahmen. Nach einer Aufforderung zur Beschwerdeverbesserung reichte der behandelnde Psychiater dem Gericht auf Veranlassung der Beschwerdeführerin eine Stellungnahme vom 5. November 2016 (in den Gerichtsakten; AB 34/3-6) ein.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 28. Dezember 2016 schloss die Beschwerdegegnerin 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 19. August 2016 (AB 30). Strittig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere auf Eingliederungsmassnahmen.

**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** Nach ständiger Rechtsprechung begründen Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch und Drogensucht für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2016 IV Nr. 3 S. 7 E. 2.2.1).

**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 Um-

stände 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). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem in Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Abs. 3 lit. a<sup>bis</sup>) sowie in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe [Abs. 3 lit. b]).

**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 19. August 2016 (AB 30) stützt sich in medizinischer Hinsicht auf die RAD-Stellungnahmen vom 3. Mai 2016 (AB 21) und 16. August 2016 (AB 29).

**3.1.1** Der RAD-Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vermerkte im Aktenbericht vom 3. Mai 2016 (AB 21) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.25) sowie eine Anpassungsstörung mit depressiven Reaktionen in Phasen der Alkoholintoxikation (ICD-10: F43.21). Er gelangte zum Schluss, dass im Zusammenhang mit der Alkoholabhängigkeit bisher keine irreversiblen geistigen, psychischen oder körperlichen Folgeschäden eingetreten seien. Nach einer zumutbaren Entzugs- und nachfolgenden mehrmonatigen Entwöhnungsbehandlung sowie einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Nachsorge sei medizinisch-theoretisch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine deutliche Verbesserung der Leistungsfähigkeit bis hin zu einer vollständigen Normalisierung anzunehmen. Bei dauerhafter Abstinenz bestünden aus versicherungsmedizinischer Sicht keinerlei Einschränkungen in der bisherigen Tätigkeit.

**3.1.2** In der Stellungnahme vom 16. August 2016 (AB 29) hielt Dr. med. B.\_\_\_\_\_ an seiner früheren Beurteilung fest, ging von einer primären Alkoholabhängigkeit aus und verneinte dementsprechend das Vorliegen einer invalidisierenden Diagnose.

**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. Aus-

schlaggebend 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 fachärztlichen Beurteilungen von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ (AB 21, 29) erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und erbringen vollen Beweis.

**3.3.1** Der kritisierte Umstand, dass der RAD-Arzt keinen direkten Kontakt mit der Beschwerdeführerin hatte (AB 34/3) – sie insbesondere nicht klinisch explorierte – ist nicht geeignet, den Beweiswert seiner Schlussfolgerungen zu erschüttern, konnte er sich anhand der wesentlichen Vorakten doch ein insgesamt lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

**3.3.2** Dass Dr. med. B.\_\_\_\_\_ die Alkoholabhängigkeit als primäre Suchterkrankung qualifizierte und keine Hinweise für eine eigenständige rezidivierende depressive Störung fand (AB 21/4), ist nachvollziehbar und überzeugend. So ist eine langjährige Belastung durch psychosoziale Faktoren aktenkundig (Ehekonflikte mit häuslicher Gewalt, Erkrankung des frühe-

ren Ehegatten, Trennung vom Ehegatten und «Kampfscheidung», Kontaktabbruch seitens der Kinder, schwerer Drogenkonsum und Suizidversuch eines Sohnes, Arbeitsplatzverlust, Überforderung mit Bürokratie, Verlust des Führerscheins, schwierige Wohnsituation mit alkoholabhängigem Lebenspartner, finanzielle Nöte [AB 9.2/1 Ziff. 3, 9.2/3 Ziff. 13, 9.2/4 Ziff. 8, 9.4/2 f., 10/10 f., 12/2 Ziff. 4, 12/6, 12/9, 12/11, 12/17, 14/2 Ziff. 4 f. 14/3 Ziff. 9, 19.2/1 Ziff. 2, 31/2, 34/4]). Aus den Vorakten geht zudem hervor, dass diese krankheitsfremden Faktoren jeweils zu depressiven Verstimmungszuständen und ausgeprägtem Alkoholkonsum führten. Beispielsweise ist dem Konsiliarbericht des Ambulatoriums C. \_\_\_\_\_ vom 15. April 2015 (AB 12/11 f.) zu entnehmen, dass die Alkoholabhängigkeit wohl im Zusammenhang mit der Eskalation ehelicher Konflikte entstanden sein soll. Auch im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste D. \_\_\_\_\_ vom 16. Mai 2015 (AB 12/5-7) über die fürsorgerische Unterbringung (FU) im Nachgang zur akuten Intoxikation vom 9. Mai 2015 (AB 18/8 f.) gaben die Ärzte an, das depressive Zustandsbild mit gedrückter Stimmung bestehe insbesondere aufgrund der vielfachen psychosozialen Probleme (AB 12/6). Der vom 21. April bis 18. Mai 2015 behandelnde Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab die Schilderungen der Beschwerdeführerin wieder, wonach die Suchtproblematik bzw. der häufigere Alkoholkonsum in emotionalen Belastungssituationen auftraten (AB 14/2 Ziff. 4). Er ging zudem von einem depressiven psychoreaktiven Syndrom aus, welches er – wie Dr. med. B. \_\_\_\_\_ die Anpassungsstörungen (AB 21/4) – unter ICD-10: F43.21 kodierte (AB 14/2 Ziff. 3). Dabei handelt es sich um eine längere depressive Reaktion, welche definiert ist als ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 210). Aufgrund der schlüssigen Beurteilung von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ und der damit korrelierenden medizinischen Aktenlage ist nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) in tatsächlicher Hinsicht erstellt, dass sowohl die psychischen Beeinträchtigungen als auch die damit einhergehende Alkoholabhängigkeit durch die dominierenden sozialen Umstände verursacht worden sind und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden (vgl. E. 2.2.2 hiavor), mithin ein reaktives Ge-

schehen vorliegt, welches keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 17. Februar 2016, 9C\_668/2015, E. 3). Zudem ist anzumerken, dass seit der Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin im April 2015 (AB 1) einzig am 9. Mai 2015 im Zusammenhang mit der akuten Intoxikation eine schwere depressive Episode diagnostiziert wurde (AB 12/8), bereits im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste D.\_\_\_\_\_ vom 16. Mai 2015 (AB 12/5-7) wurde die rezidivierende depressive Störung dagegen als remittiert beschrieben und danach gingen die depressiven Episoden – selbst in Phasen der Alkoholin- toxikation – nie über eine mittelgradige Ausprägung hinaus (AB 14/2 Ziff. 3). Weil nach der diesbezüglich unwidersprochen gebliebenen und einleuchtenden Beurteilung des RAD-Arztes wirksame Behandlungsoptionen offen stehen (AB 21/5, 29/2), wäre bzw. ist die höchstens mittelschwere Störung aus dem depressiven Formenkreis nicht therapieresistent und würde mit Blick auf die bundesgerichtliche Praxis ohnehin zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. SVR 2016 IV Nr. 51 S. 174 E. 5.3.1).

**3.3.3** Des Weiteren ist ebenfalls ausgewiesen, dass der Alkoholabusus keinen körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschaden bewirkt hat, welcher die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt (vgl. E. 2.2.1 hiervor). Dr. med. B.\_\_\_\_\_ schloss irreversible Folgeschäden der Alkoholabhängigkeit in körperlicher wie psychisch-kognitiver Hinsicht aus (AB 21/4), was mit den Feststellungen im Ambulatorium C.\_\_\_\_\_ übereinstimmt, dessen Ärzte die Beschwerdeführerin als körperlich gesund beschrieben und keine äusseren Hinweise auf alkoholbedingte Schädigungen fanden (AB 12/13). Wohl gingen die Ärzte des Spitals F.\_\_\_\_\_ anlässlich der Hospitalisation im Februar 2015 davon aus, dass höchstwahrscheinlich eine alkoholische Hepathopathie vorliege (AB 12/15 Ziff. 3), diese Vermutung verifizierten sie aber nicht durch entsprechende fachärztliche Abklärungen und sie postulierten auch keine diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit. Dasselbe gilt für die vom Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ohne nähere Spezifizierung in Betracht gezogenen somatischen und psychosozialen Folgeschäden der Alkoholkrankheit (AB 12/2 Ziff. 3).

**3.3.4** Die seitens des ab Oktober 2015 behandelnden med. pract. H.\_\_\_\_\_ in seinen Berichten vom 9. Juni 2016 (AB 25/2 f.), 10. Juni 2016 (AB 26), 17. September 2016 (AB 31) und 5. November 2016 (AB 34/3-6) an der RAD-Beurteilung geübte Kritik verfängt nicht. Vorab bezieht sich die von ihm im Rubrum seiner Briefe verwendete Bezeichnung «Psychiatrie und Psychotherapie FMH» gemäss FMH-Index (<[www.doctorfmh.ch](http://www.doctorfmh.ch)>) lediglich auf ein Fortbildungsdiplom, während er laut Medizinalberuferegister (<[www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)>) nicht über einen Facharzttitel verfügt. Dieses Fehlen einer einschlägigen Facharztqualifikation stellt ein Indiz gegen die Zuverlässigkeit und damit den Beweiswert seiner ärztlichen Berichte dar (vgl. Entscheid des BGer vom 18. Juni 2014, 9C\_196/2014, E. 5.1.2 mit Hinweisen). Sodann vermögen die besagten Berichte auch inhaltlich keine Zweifel an der schlüssigen RAD-Beurteilung zu begründen. Ob die Alkoholproblematik bereits seit zehn Jahren oder höchstens seit 2013 besteht (AB 25/3, 31/3, 34/3), ist im vorliegenden Kontext letztlich nicht entscheidend und kann offen bleiben. Immerhin ist anzufügen, dass Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, im Juni 2013 zwar noch keine Suchterkrankung erwähnte (AB 25/4 f.), sie behandelte die Beschwerdeführerin jedoch erst seit Mai 2012 und zudem finden sich in den übrigen Akten sehr wohl Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin bereits seit längerer Zeit übermässig dem Alkohol «zugeprochen» hatte. Der von der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung eingesetzte Case-Manager gab im Situationsbericht vom 7. April 2015 (AB 9.3) an, die Beschwerdeführerin habe erstmals im Jahr 2006 Probleme mit dem Alkoholkonsum gehabt (AB 9.3/5 f.; vgl. auch AB 18/3 Ziff. 2, 18/4 Lemma 1). Auch seitens des Ambulatoriums C.\_\_\_\_\_ wurde am 15. April 2015 angegeben, die schwere Alkoholabhängigkeit habe sich in den letzten fünf bis zehn Jahren entwickelt (AB 12/12). Ebenso ging Dr. med. E.\_\_\_\_\_ diagnostisch von einer seit zehn Jahren bestehenden Alkoholabhängigkeit aus (AB 14/2 Ziff. 3, 19.2/1 Ziff. 1). Med. pract. H.\_\_\_\_\_ nimmt nunmehr an, es bestünden seit der Kindheit und auch aktuell noch Angststörungen in Form von Trennungsangst (ICD-10: F93.0) und einer Panikstörung (ICD-10: F41.0; AB 34/3). Soweit er damit das Bestehen eines invalidisierenden oder für sich allein suchtauslösenden Gesundheitsschadens postuliert, überzeugt dies nicht. Die unter F93.0 der ICD-10 kodierte emotionale Störung mit Trennungsangst bezieht sich spe-

zifisch auf das Kindesalter (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 372 f.; SILVIA SCHNEIDER, Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen, 2004, S. 105 ff.) und schliesst die von den Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und B. \_\_\_\_\_ diagnostizierte Anpassungsstörung (ICD-10: F43.21; AB 14/2 Ziff. 3, 21/4) aus (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 211). Zudem war es der Beschwerdeführerin trotz schwieriger Kindheit (AB 31/2, 34/4) möglich, eine normale Berufsausbildung zu erlangen und den erlernten Beruf in der Folge auszuüben (AB 1/4 Ziff. 5.2, 7/3, 18/3 f. Ziff. 2) bzw. während der späteren Ehe im Betrieb des Ehegatten mitzuarbeiten (AB 12/6, 12/13). Was die bereits von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ diagnostizierte Panikstörung (ICD-10: F41.0; AB 25/4) anbelangt, zeigte Dr. med. B. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 16. August 2016 (AB 29) schlüssig auf, dass einzelne Panikattacken erst ab dem Jahr 2011 auftraten und die Störung ohne weiteres einer gezielten sowie erfolgversprechenden Behandlung zugänglich wäre. Im Übrigen kann med. pract. H. \_\_\_\_\_ nicht gefolgt werden, wenn er – ohne einen Zusammenhang mit den damals vorherrschenden zahlreichen psychosozialen Belastungen zu diskutieren – ausführt, die Panikattacke im Herbst 2011 sei aus dem «Nichts» heraus aufgetreten (AB 26/2).

**3.4** Nach dem Dargelegten besteht basierend auf der beweiskräftigen RAD-Beurteilung überwiegend wahrscheinlich weder ein invalidisierender Gesundheitsschaden noch war die Beschwerdeführerin bis zur Verfügung vom 19. August 2016 (AB 30), die den zeitlichen Prüfungshorizont (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) markiert, von einer Invalidität bedroht. Dies gilt umso mehr, als es ihr noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung gelungen sein soll, abstinenter zu werden und wieder mit einem Pensum von 80 % einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (AB 31/3). Es besteht folglich kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung und somit auch nicht auf die beantragten Eingliederungsmassnahmen; die Beschwerde ist abzuweisen.

**4.**

**4.1** 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.

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

**4.2** 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

Die Kammerpräsidentin:

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.