

200 17 332 IV
KOJ/RUM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. Juli 2017

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Rüfenacht

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. März 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 5. Februar 2015 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) unter Angabe von physischen und psychischen Beschwerden zum Leistungsbezug an (Antwortbeilagen [AB] 2). Die IVB holte erwerbliche und medizinische Unterlagen ein und forderte die Versicherte am 29. Oktober 2015 auf, sich im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht einer stationären psychiatrischen Behandlung zu unterziehen (AB 23). Am 12. April 2016 trat die Versicherte für einen Monat (bis 13. Mai 2016) in die Klinik C._____ AG ein (AB 28; Bericht der Klinik C._____ AG vom 30. Mai 2016 [AB 29]). In der Folge liess die IVB die Versicherte durch den Regionalen Ärztlichen Dienst der IV-Stellen BE/FR/SO (RAD) untersuchen. Nach Eingang des RAD-Untersuchungsberichts vom 14. Dezember 2016 (AB 41) stellte sie ihr mit Vorbescheid vom 23. Dezember 2016 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 42). Dagegen liess die Versicherte mit Eingaben vom 24. Januar und 9. Februar 2017 Einwand erheben (AB 43, 45). Mit Verfügung vom 6. März 2017 verneinte die IVB, wie angekündigt, einen Leistungsanspruch (AB 47).

B.

Mit Eingabe vom 30. März 2017 liess die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, Beschwerde erheben. Sie beantragt, die Verfügung vom 6. März 2017 sei aufzuheben und es sei ihr eine IV-Rente zuzusprechen. In der Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, die Beschwerdegegnerin sei zu Unrecht vom Fehlen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens ausgegangen.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. April 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 Angefochten ist die Verfügung vom 6. März 2017 (AB 47). Streitig ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf IV-Leistungen.

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). Erwerbs-

unfähigkeit 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).

2.2

2.2.1 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; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

2.2.2 Bei leichten bis mittelschweren Störungen aus dem depressiven Formenkreis, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, wird praxisgemäss angenommen, dass – aufgrund der nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung regelmässig guten Therapierbarkeit – hieraus keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert. Leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen fehlt es, solange sie therapeutisch angehbar sind, an einem hinreichenden Schweregrad der Störung, um diese als invalidisierend anzusehen. Nur in der seltenen, gesetzlich verlangten Konstellation mit Therapieresistenz ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan. Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Zudem muss die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (am-

bulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. Mai 2017, 8C_753/2016, E. 4.3 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch SVR 2016 IV Nr. 51 S. 174 E. 5.3.1).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente.

2.4

2.4.1 Um den Leistungsanspruch beurteilen 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).

2.4.2 Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich

der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubersichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

2.5 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 Zum Gesundheitszustand und zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Im Bericht vom 14. März 2015 führte Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Korpuskarzinom FIGO III mit adjuvanter Radiotherapie, Status nach Hysterektomie und adjuvanter Chemotherapie, sowie eine aktuell schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) auf. Die Beschwerde-

führerin sei seit 10. April 2014 in Behandlung. Damals sei gerade die adjuvante Chemotherapie und Bestrahlung gemacht worden. Im weiteren Verlauf habe es eine zunehmende depressive Entwicklung mit gedrückter Stimmung, Schlaflosigkeit, Antriebsmangel, vermindertem Selbstwertgefühl, Somatisierungsstörung und Appetitverlust gegeben. Es bestünden jedoch keine Suizidgedanken. Geplant sei eine psychiatrische Behandlung. Im Rahmen der Depression fehlten Konzentration, Aufmerksamkeit und Antrieb, weshalb eine erwerbliche Arbeit nicht ausgeführt werden könne. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Unter psychiatrischer Behandlung, eventuell in einer psychiatrischen Tagesklinik, könnte sich die Arbeitsfähigkeit verbessern (AB 9).

3.1.2 Im Bericht vom 22. Oktober 2015 hielten Dr. med. E. _____ und Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen schweren depressiven Zustand (ICD-10 F32.2) bei Status nach Gebärmutterkrebs mit Hysterektomie und Chemotherapie 2014 fest. Die Konzentration und Aufmerksamkeit seien reduziert, das formale Denken sei kohärent. Es bestünden Angstzustände, eine Verschlechterung des psychischen Zustandes, ein ausgeprägter Leidensausdruck, eine traurige Mimik und ein spürbares innerliches Leid. Die Beschwerdeführerin sei im Gespräch sehr verlangsamt, habe eine verlangsamte Motorik, sei apathisch und kraftlos. Es bestehe ein Verlust der Lebensfreude, ein Interesseverlust, Schlafstörungen, Schmerzen im Bauchbereich und Kopfschmerzen, ein sozialer Rückzug und eine Lärmempfindlichkeit. Aufgrund des schweren depressiven Zustandes mit kognitiven Einschränkungen, massivem Verlust der Lebensfreude und der Unmöglichkeit, Verantwortung auch für einfachere Aufgaben zu übernehmen, bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit seit dem Behandlungsbeginn am 17. Juni 2015 bis auf weiteres. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden. Die Beschwerdeführerin sei schwer depressiv. Es seien wenig Ressourcen für eine Verbesserung und Arbeitsintegration ersichtlich (AB 19).

3.1.3 Im Bericht vom 30. Mai 2016 der Klinik C. _____ AG wurde als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode mit leichter Somatisierungstendenz (ICD-10 F32.11) sowie als Diagnosen ohne Auswirkung auf

die Arbeitsfähigkeit ein Status nach Uteruskarzinom vor zwei Jahren, Hysterektomie sowie Strahlen- und Chemotherapie aufgeführt. Die Arbeitsunfähigkeit und das Zumutbarkeitsprofil seien wegen sprachlicher Barrieren nicht eruierbar. Eine primäre Integration in den ersten Arbeitsmarkt sei unrealistisch (AB 29).

3.1.4 Im Bericht vom 20. Juni 2016 hielt Dr. med. G. _____, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Uteruskarzinom fest. Es bestünden keine körperlichen Einschränkungen. Die bisherige Tätigkeit sei ohne verminderte Leistungsfähigkeit zumutbar (AB 34).

3.1.5 Im Untersuchungsbericht vom 14. Dezember 2016 führte H. _____, Ärztin beim Regionalen Ärztlichen Dienst der IV-Stellen BE/FR/SO (RAD), als Diagnose eine mittelschwere bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD 10 F32.11) auf. Aus der Gesamtschau der Akten und der eigenen Untersuchungsbefunde bestehe kein Zweifel, dass sich bei der Beschwerdeführerin nach der Konfrontation mit einer schweren, lebensbedrohlichen Krankheit und deren chirurgischen, radiologischen, medikamentösen und bis jetzt erfolgreichen Bekämpfung rein phänomenologisch ein depressives klinisches Bild entwickelt habe, das die ICD-Kriterien für die gestellte Diagnose erfülle. Auf der psychisch-geistigen Ebene werde die Leistungsfähigkeit durch die beschriebenen affektiven, kognitiven, psychomotorischen und vegetativen Symptome, besonders durch die Schlafstörungen und Tagesmüdigkeit, deutlich beeinträchtigt. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei wesentlich eingeschränkt, aber nicht vollständig aufgehoben. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in der Muttersprache und die adäquate psychopharmakologische Behandlung seien dringend indiziert und müssten fortgesetzt werden. Es sei derzeit und seit Mitte 2016 ein Arbeitsvolumen von fünf Tagen pro Woche zu je ca. drei Stunden pro Tag als Hausfrau oder eine Beschäftigung im geschützten Rahmen nicht nur zumutbar, sondern indiziert. Dadurch bekomme die Beschwerdeführerin eine Tagesstruktur aber auch die Möglichkeit für die Gestaltung der neuen sozialen Kontakte ausserhalb des häuslichen Rahmens (Einkäufe, etc.), was deutlich zur Verbesserung des ge-

sundheitlichen Zustandes und indirekt zur sukzessiven Steigerung der Arbeitsfähigkeit beitragen könne (AB 41/7-9).

3.2

3.2.1 Vorab ist aufgrund des fachärztlichen Berichts vom 20. Juni 2016 von Dr. med. G. _____ erstellt, dass bezüglich des erfolgreich behandelten Uteruskarzinoms keine körperlichen Einschränkungen mehr persistieren und insoweit eine volle Arbeitsfähigkeit besteht. Dies ist unter den Parteien zu Recht unbestritten.

3.2.2 In psychischer Hinsicht wurde bei der Beschwerdeführerin im März 2015 eine „aktuell“ schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2; AB 9/1), im Oktober 2015 ein schwerer depressiver Zustand (ICD-10 F32.2; AB 19/1), im Mai 2016 eine mittelgradige depressive Episode mit leichter Somatisierungstendenz (ICD-10 F32.11; AB 29/2) und – anlässlich der RAD-Untersuchung – im November 2016 eine depressive Episode, mittelschwer bis schwer mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), diagnostiziert. Soweit die Beschwerdegegnerin von einer leichten bis mittelschweren depressiven Störung ausgeht, kann ihr angesichts dieser Diagnosen nicht gefolgt werden.

Der RAD-Untersuchungsbericht vom 14. Dezember 2016 ist umfassend, beruht auf einlässlichen anamnestischen Erhebungen sowie eigener fachärztlicher Untersuchung, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt. Der ausführlich und überzeugend begründete Bericht erfüllt die vom Bundesgericht an den Beweiswert von ärztlichen Gutachten gestellten Anforderungen (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352), sodass ihm ein mit solchen vergleichbarer Beweiswert zukommt (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2; zum Ganzen E. 2.4 hiervor). Gestützt auf die im Bericht verwendete ICD-10-Codierung F32.11 ist vom Vorliegen einer mittelschweren depressiven Episode auszugehen. Hierfür – bzw. gegen eine schwere depressive Episode – spricht auch, dass die RAD-Ärztin eine zwar eingeschränkte, jedoch nicht vollständig aufgehobene Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin attestiert hat (AB 41/8 unten). Damit im Einklang steht weiter, dass die Beschwerdeführerin – nach eigenen Angaben – regelmässig spazieren und mit ihrem Ehemann einkaufen geht und

ausserdem einmal pro Jahr zusammen mit ihrer Schwester die Mutter in Mazedonien besucht (AB 41/6), ist es doch nach den diagnostischen Leitlinien sehr unwahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin während einer schweren depressiven Episode in der Lage wäre, solche Aktivitäten fortzuführen (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kap. V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 174). Schliesslich stimmt die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode mit der diagnostischen Einschätzung der Klinik C. _____ AG in deren Bericht vom 30. Mai 2016 überein (AB 29/2).

Die übrigen Arztberichte vermögen die Feststellungen der RAD-Ärztin nicht in Zweifel zu ziehen. So hat der Hausarzt, Dr. med. D. _____, im Bericht vom 14. März 2015 die psychiatrische Diagnose einer schweren depressiven Episode ausserhalb seines angestammten Fachbereichs der Allgemeinen Inneren Medizin gestellt. Zudem fand im März 2015 noch keine psychiatrische Behandlung statt (AB 9/2 Ziff. 1.5). Was sodann den Bericht der Dres. med. E. _____ und F. _____ vom 22. Oktober 2015 anbetrifft, fällt auf, dass darin keine suizidalen Gedanken erwähnt werden, obschon solche bei schweren depressiven Episoden häufig sind (s. ICD-10-GM 2017 zu F32.2, abrufbar unter <http://www.dimdi.de>). Zudem wurde die in diesem Bericht allein „eventuell“ vorgesehene Klinikeinweisung (AB 19/2 Ziff. 1.5) erst eingeleitet, nachdem die Beschwerdegegnerin dies von der Beschwerdeführerin verlangt und ein Nichteintreten auf das Leistungsgesuch wegen Verletzung der Mitwirkungspflicht in Aussicht gestellt hatte (AB 23-25). Ob der Diagnose eines schweren depressiven Zustandes gefolgt werden kann, ist unter diesen Umständen nicht ohne weiteres klar, zumal die Erfahrungstatsache, dass Haus- und behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen, mit zu berücksichtigen ist (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3; Entscheid des EVG vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Die Frage kann jedoch offen bleiben. Denn bei Eintritt in die Klinik C. _____ AG am 12. April 2016 lag jedenfalls ein mittelgradiges depressives Zustandsbild vor (AB 29/2 Ziff. 1.4). Ein allfälliger schwerer depressiver Zustand war somit höchstens von vorübergehender Natur, wobei dieser angesichts der von den Dres.

med. E. _____ und F. _____ ab 17. Juni 2015 attestierten Arbeitsunfähigkeit weniger als ein Jahr dauerte.

Damit ist in diagnostischer Hinsicht eine mittelschwere depressive Episode im Sinne der ICD-10-Codierung F32.1(1) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt.

3.2.3 Eine – wie vorliegend – mittelschwere depressive Störung ist nach ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur invalidisierend, wenn sie sich ausnahmsweise als therapieresistent erweist *und* eine konsequente Therapie in dem Sinne erfolgt war, dass die aus fachärztlicher Sicht zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (SVR 2016 IV Nr. 52 S. 177 E. 4.2; Entscheid des BGer vom 3. April 2017, 8C_814/2016, E. 5.3.2; vgl. E. 2.2.2 hiervor). Daran ändert der in der Beschwerde zitierte Entscheid des BGer vom 16. Februar 2017, 9C_682/2016, nichts. Denn anders als die jenem Entscheid zugrunde liegenden Störungen (Schizophrenie und anhaltende wahnhaftige Störung) fehlt es leichten und – wie vorliegend – mittelschweren depressiven Erkrankungen, solange sie therapeutisch angebar sind, von vornherein an einem hinreichenden Schweregrad der Störung, um diese als invalidisierend anzusehen (vgl. E. 2.2.2 hiervor). Die Ärzte der Klinik C. _____ AG haben sich für eine Fortführung einer ambulanten Psychotherapie ausgesprochen (AB 29/3 Ziff. 1.5) und auch die RAD-Ärztin erachtet die Fortsetzung der psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlung als dringend indiziert (AB 41/9). Zudem hat sie festgehalten, dass der Klinikaufenthalt eine positive Wende im Sinne einer sukzessiven, allerdings noch bescheidenen Besserung ihres psychischen Zustandes gebracht habe (AB 41/8). Demnach liegt weder eine Therapieresistenz vor noch sind die aus fachärztlicher Sicht zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten bereits ausgeschöpft, womit – rechtlich (vgl. dazu THOMAS ACKERMANN, Tat- und Rechtsfrage – wo steht die Rechtsprechung?, in: UELI KIESER [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2015, 2016, S. 23 f.) – ein invalidisierender Gesundheitsschaden zu verneinen ist. Damit hat es sein Bewenden; namentlich spielt keine Rolle, dass die RAD-Ärztin aufgrund der diagnostizierten – rechtlich aber eben nicht invalidisie-

renden – mittelgradigen depressiven Störung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit postuliert hat (AB 41/9).

Die Beschwerdegegnerin hat nach dem Dargelegten einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin im Ergebnis zu Recht verneint. Die Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 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. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat weder die Beschwerdeführerin (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]) noch die obsiegende Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Parteikostenersatz (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - 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.