

200 15 175 IV
KNB/PES/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Dezember 2016

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt und Notar Dr. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Januar 2015



Sachverhalt:

A.

Im Oktober 2013 meldete sich die 1966 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von IV-Leistungen für Erwachsene an. Bezüglich Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung gab sie eine HWS-Distorsion an, die sie anlässlich eines Unfalls vom 7. Dezember 2012 erlitten habe. Seither sei sie arbeitsunfähig (Antwortbeilage [AB] 3). Gleichzeitig mit der Anmeldung gingen der IV-Stelle die bisherigen Akten der C. _____ zu, denen u.a. zu entnehmen war, dass die Versicherte nächstens ärztlich untersucht werden sollte (AB 1.1). Die IV-Stelle ersuchte die C. _____ in der Folge um Zustellung einer Kopie des entsprechenden Berichts (AB 5). Diese stellte ihr hierauf am 6. Dezember 2013 neben dem Arztbericht sämtliche bei ihr bis dahin vorhandenen Akten zu (AB 12.1).

Die IV-Stelle unterbreitete das Dossier in der Folge ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst RAD zur Stellungnahme (AB 13). Dieser empfahl zur Vervollständigung der Akten einen psychiatrischen Verlaufsbericht einzuverlangen, um entscheiden zu können, ob ein psychiatrisches Gutachten angezeigt sei (AB 14 S. 5). Nach Eingang des entsprechenden Berichts von Dr. med. D. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 6. April 2014 (AB 17) und erneuter Rücksprache mit dem RAD (AB 18) beauftragte die IV-Stelle Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit einer psychiatrischen Begutachtung der Versicherten. Das entsprechende Gutachten datiert vom 6. Oktober 2014 (AB 26.1). Bereits am 2. Juli 2014 hatte das Verwaltungsgericht eine Beschwerde gegen die von der C. _____ zwischenzeitlich per 31. Januar 2014 verfügte und mit Einspracheentscheid vom 28. Februar 2014 bestätigte Leistungseinstellung abgewiesen (VGE UV/2014/315).

Mit Vorbescheid vom 13. Oktober 2014 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Leistungsbegehrens auf Leistungen der Invalidenversicherung in Aussicht. Mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidi-

sierender Wirkung im Rechtssinne bestehe kein Anspruch (AB 27). Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____, am 13. November 2014 Einwand (AB 28), welchen sie am 19. Dezember 2014 (AB 33) ergänzend begründen liess. Mit Verfügung vom 20. Januar 2015 hielt die IV-Stelle am vorgesehenen Entscheid fest und wies das Leistungsbegehren der Versicherten ab (AB 34).

B.

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, wiederum vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____, am 19. Februar 2015 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, die Verfügung vom 20. Januar 2015 sei aufzuheben und es sei ihr ab dem 31. Januar 2014 eine Invalidenrente auszuzahlen. Eventualiter seien die Akten an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. März 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 24. Februar 2016 reichte die Beschwerdegegnerin auf Aufforderung des Gerichts hin eine Ergänzung zur Beschwerdeantwort ein, worin sie an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde festhält.

Am 27. Mai 2016 nahm die Beschwerdeführerin, wiederum vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____, hierzu Stellung mit der Schlussfolgerung, dass ergänzende Abklärungen notwendig seien.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des

Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 20. Januar 2015 (AB 34). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer

Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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).

2.3 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 BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird – gemäss erwähntem Entscheid – durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3),

welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.4 Die sachverständige Person schätzt das Leistungsvermögen anhand der einschlägigen Indikatoren ein. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 S. 307).

2.5 Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung dieser in BGE 137 V 210 E. 6 S. 266 entwickelten Grundsätze auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

2.6 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). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt. 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.

2.7 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).

2.8 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 im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

3.

3.1 Zu den von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Der Hausarzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie FMH, legte im Dokumentationsbogen vom 29. Januar 2013 für Erstkonsultation nach kraneo-zervikalem Beschleunigungstrauma (AB 1.1 S. 167 ff.) dar, bei der Beschwerdeführerin seien eine Stunde nach dem Unfall vom 7. Dezember 2012 Kopf- und Nackenschmerzen aufgetreten. Weiter führte er aus, sie leide unter Schlafstörungen sowie an einer Angststörung (AB 1.1 S. 168). Sodann sei ein Hämatom am Unterschenkel rechts aufgetreten und es liege ein kraneo-zervikales Beschleunigungstrauma Grad II vor; die Röntgenuntersuchung vom 7. Dezember 2012 habe keine ossäre Läsion gezeigt (vgl. AB 1.1 S. 164 sowie E. 3.1.2 hiernach). Ab dem 7. Dezember 2012 bis auf weiteres bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (AB 1.1 S. 169).

3.1.2 Gemäss dem Befundbericht der G._____ AG vom 7. Dezember 2012 zeigten sich anlässlich der Röntgenuntersuchung der Halswirbelsäule (HWS) in zwei Ebenen sowie des Dens axis der Beschwerdeführerin eine vermutlich antalgisch bedingte leichtgradige linkskonvexe Skoliose und Streckstellung der HWS sowie leichtgradige degenerative Veränderungen der Intervertebralgelenke. Direkte oder indirekte Hinweise für ossäre Läsionen fanden sich nicht. Die perivertebralen Weichteile kamen regulär zur Darstellung und es bestand eine normale Knochentransparenz (AB 1.1 S. 164).

3.1.3 Die Fachärzte der Klinik H._____ diagnostizierten im Bericht vom 10. April 2013 (AB 1.1 S. 139 ff.) eine anlässlich des Unfalls vom 7. Dezember 2012 erlittene HWS-Distorsion Grad II, eine Laktoseintoleranz, eine Urtikaria, leichtes Übergewicht (Präadipositas, BMI 25) sowie einen Verdacht auf ein depressives Syndrom. Aktuell bestünden Nackenschmerzen, Schlafstörungen, Angst, Müdigkeit sowie eine gedrückte Stimmung. Sodann habe eine mässige Symptomausweitung beobachtet werden können (AB 1.1 S. 139).

3.1.4 Mit Zwischenbericht vom 10. Juli 2013 diagnostizierte Dr. med. F._____ einen Status nach HWS-Distorsion am 7. Dezember 2012, ein zervikozepales Syndrom, Spannungskopfschmerzen, eine neuropsychologische Funktionsstörung sowie eine mittelschwere depressive Episode (AB 1.1 S. 50; siehe auch AB 1.1 S. 23).

3.1.5 Dr. med. I._____, Facharzt für Neurologie FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 13. August 2013 (AB 1.1 S. 32 f.) chronische zervikale Schmerzen, eine Urtikaria sowie eine Laktoseintoleranz (AB 1.1 S. 32). Der in der klinisch-neurologischen Untersuchung detailliert geprüfte Neurostatus der Beschwerdeführerin sei unauffällig. Es fänden sich keine Hinweise für eine traumatisch bedingte Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems. Die geklagten Kopfschmerzen seien als zervikogen oder als Spannungskopfweg zu interpretieren. Sie seien von der Beschreibung her nicht verdächtig für eine Migräne. Aus neurologischer Sicht resultiere keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für das vorbestehende Pensum von 50% Büroarbeit (AB 1.1 S. 33).

3.1.6 Mit Bericht vom 20. Oktober 2013 (AB 12.1 S. 22 f.) diagnostizierte die behandelnde Psychiaterin Dr. med. D. _____ bei der Beschwerdeführerin eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21), eine ängstliche Persönlichkeit und Anzeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1). Aus ihrer Sicht bestehe noch keine umsetzbare Arbeitsfähigkeit (AB 12.1 S. 23).

3.1.7 Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Chirurgie FMH, diagnostizierte im Untersuchungsbericht vom 12. November 2013 (AB 12.1 S. 8 ff.) eine HWS-Distorsion Grad II, einen Verdacht auf Symptomausweitung bei Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion sowie eine Angststörung. Weiter bestünden anamnestisch eine Urtikaria, eine Laktoseintoleranz, eine Glutenunverträglichkeit sowie eine unklare Leberpathologie in Abklärung (AB 12.1 S. 13). Die klinischen Befunde der HWS-Funktion seien inkonsistent und liessen eine gewisse Symptomausweitung und Selbstlimitierung vermuten. Erfahrungsgemäss seien HWS-Distorsionen Grad II spätestens nach einem Jahr abgeheilt. Ein neurologisches Konsil sei bereits erfolgt. Dieses habe keine Hinweise für eine traumatisch bedingte Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems gezeigt. Es sei eine volle Arbeitsfähigkeit für das vorbestehende Pensum von 50% Büroarbeit attestiert worden. Zum sicheren Ausschluss von im konventionellen Röntgen nicht darstellbaren ligamentären Veränderungen schlage er vor, noch ein MRI der HWS durchzuführen (AB 12.1 S. 14 f.).

3.1.8 Das in der Folge von der G. _____ AG durchgeführte MRI der HWS vom 26. November 2013 brachte keine frische oder alte Fraktur und auch keine fassbare ligamentäre Läsion zur Darstellung. Es fanden sich lediglich beginnende leichte degenerative Veränderungen HWK 5/6 und HWK 6/7 ohne Neurokompression (AB 12.1 S. 5).

3.1.9 Gemäss Verlaufsbericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. D. _____ vom 6. April 2014 war der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stationär, wobei sich seit der letzten Diagnosestellung eine Änderung in den Diagnosen ergeben habe. Zu diagnostizieren seien neu eine

posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), ein Schmerzsyndrom im Nacken sowie eine hohe Disposition zu einer Urtikaria (AB 17 S. 1).

3.1.10 Am 19. Mai 2014 fand eine psychiatrische Begutachtung der Beschwerdeführerin durch Dr. med. E. _____ statt. Dieser diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41; AB 26.1 S. 8). Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Es müsse folglich von einer psychischen Überlagerung ausgegangen werden. Die Beschwerdeführerin habe grosse Mühe, mit ihren Beschwerden umzugehen. Sie fühle sich durch sie viel mehr beeinträchtigt, als dass es den objektivierbaren Befunden entsprechen würde. Die Gründe für die ausgeprägte psychische Überlagerung der geklagten Beschwerden seien schwierig zu benennen. Es scheine einfach so zu sein, dass sich die Beschwerdeführerin nicht damit abfinden könne, dass sie gelegentlich unter Nackenbeschwerden leide. Sie messe diesen Beschwerden eine weit höhere Bedeutung zu, als dies den objektivierbaren Befunden entspreche. So habe sich zunehmend ein passives, regressives Zustandsbild entwickelt. Sie habe ihre Arbeit aufgegeben und mache auch im Haushalt kaum mehr etwas, sondern verbringe den Alltag passiv. In der Folge sei eine erhebliche Diskrepanz zwischen der früheren Leistungsbereitschaft und dem gegenwärtigen Zustand entstanden. Dies habe bei der Beschwerdeführerin zu depressiven Verstimmungen geführt, die im Rahmen der chronischen Schmerzstörung zu sehen seien. Eine antidepressive Therapie sei nicht durchgeführt worden, angeblich wegen einer Allergie auf alle Medikamente. Auch die ambulante psychiatrische Behandlung habe die Beschwerdeführerin als wenig hilfreich erlebt. Das passiv-regressive Zustandsbild stehe deutlich im Vordergrund. Eine posttraumatische Belastungsstörung, wie sie die behandelnde Psychiaterin postuliere, könne nicht diagnostiziert werden. Die Beschwerdeführerin habe keinen schweren Unfall erlebt. Sie sei nicht bewusstlos gewesen und auch nie stationär behandelt worden. Auch die Schwiegermutter habe beim Unfall keine schweren Verletzungen erlitten. Die Beschwerdeführerin leide weder unter Nachhallerinnerungen noch unter angstbesetzten Träumen. Auch sei sie wieder in der Lage, Auto zu fahren, auch wenn sie dabei seit dem Unfall etwas ängstlicher geworden sei. Die Diagnose einer posttraumatischen

Belastungsstörung könne somit nicht bestätigt werden, da weder ein auslösendes Ereignis noch die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung vorhanden seien. In der Klinik H. _____ sei der Verdacht auf ein depressives Syndrom gestellt worden. Eine mittelgradige oder schwere depressive Störung liege bei der Beschwerdeführerin nicht vor. Sie beklage zwar Schlafstörungen, insgesamt schlafe sie aber doch regelmässig sechs bis sieben Stunden. Die geklagten Schlafstörungen würden auch mit der passiven Lebensführung zusammenhängen. Die Beschwerdeführerin sitze meistens herum, mache höchstens einen kurzen Spaziergang. Ansonsten enthalte sie sich praktisch jeder körperlichen Betätigung aus Angst vor einer Zunahme der Beschwerden, was ebenfalls durch die erhobenen Befunde nicht objektiviert werden könne. Dass sich die Beschwerdeführerin nicht gut fühle, darunter leide, ihre Leistungsfähigkeit verloren zu haben, hänge vor allem mit der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung zusammen, nach der sie sich eine weitgehende Schonung verordnet habe und überhaupt nicht mehr aktiv am Leben teilnehme. Die passive Lebensführung hänge also weitgehend mit dem nicht adäquaten Umgang mit noch vorhandenen Restbeschwerden zusammen und sei nicht Ausdruck einer depressiven Störung. Die leichten depressiven Verstimmungen seien im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu sehen; eine eigenständige depressive Erkrankung bestehe nicht. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Prognose günstig. Eine psychiatrische Störung, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige, liege nicht vor. Aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung, die weder durch die psychiatrischen noch die somatischen Befunde objektiviert werden könne, sei es jedoch aus krankheitsfremden Gründen eher unwahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin in nächster Zeit eine berufliche Tätigkeit aufnehmen werde. Aus psychiatrischer Sicht bestehe jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Ausser der chronischen Schmerzstörung könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Ein ausgeprägter sozialer Rückzug lasse sich trotz der passiven Lebensführung nicht feststellen. Dass alle therapeutischen Bemühungen gescheitert seien, hänge wesentlich damit zusammen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung wenig Motivation zeige, sich trotz allfälliger Restbeschwerden aktiv um ihre Genesung zu bemühen und sich den Belastungen der Arbeitswelt wieder auszusetzen. Schwere le-

bensgeschichtliche Belastungen fänden sich nicht. Die geklagten Schmerzen seien weder durch eine somatische noch durch eine psychiatrische Störung hinreichend erklärbar. Daher sei auch nicht zu erwarten, dass durch somatisch orientierte Therapien oder durch eine psychiatrische Behandlung diese Schmerzen wesentlich beeinflusst werden könnten. Aus psychiatrischer Sicht könne es der Beschwerdeführerin zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in jeder beruflichen Tätigkeit vollschichtig und ohne jede Leistungseinschränkung arbeitsfähig. Die Beschwerdeführerin sehe sich selber als nicht arbeitsfähig an. Als Grund dafür nenne sie ihre somatischen Beschwerden. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung und die passive, regressive Lebensweise begründeten jedoch weder eine psychiatrische Diagnose noch eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Dass sich die Beschwerdeführerin derart schone, sich überhaupt nichts mehr zutraue, lasse sich nicht durch eine psychiatrische Störung begründen (AB 26.1 S. 9 ff.).

3.2 Die medizinischen Akten stimmen nach dem Dargelegten darin überein, dass die Beschwerdeführerin im vorliegend relevanten Zeitraum bis zum Verfügungserlass vom 20. Januar 2015 nie aus objektivierbaren somatischen Gründen längerdauernd in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war. Dass die bei ihr diagnostizierte HWS-Distorsion Grad II zu strukturellen Veränderungen geführt hätte, kann aufgrund der umfassenden Abklärungen der C._____ nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Weder bildgebend noch klinisch konnte eine somatische Ursache für die geklagten Beschwerden gefunden werden. Den weiteren somatischen Diagnosen, die in den Akten erwähnt werden (hohe Disposition zu einer Urtikaria, Laktoseintoleranz, Glutenunverträglichkeit), wird in keinem der medizinischen Berichte eine längerdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt. Eine solche wird denn auch beschwerdeweise nicht geltend gemacht. Gestützt auf die medizinischen Akten ist nach dem Dargelegten erstellt, dass die Beschwerdeführerin zumindest im vorliegend relevanten Zeitraum bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 20. Januar 2015, welcher rechtssprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbe-

fugnis bildet, nie aus somatischen Gründen längerdauernd in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war. Da von weiteren medizinischen Abklärungen diesbezüglich keine neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten sind, ist auf solche in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.3 In psychischer Hinsicht wurde bei der Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung durch Dr. med. E. _____ vom 19. Mai 2014 eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) diagnostiziert. Dabei hat sich der Gutachter mit den Vorakten, insbesondere den im Zeitpunkt der Begutachtung von Seiten der behandelnden Ärzte gestellten psychiatrischen Diagnosen explizit auseinandergesetzt und begründet dargelegt, warum diese im Falle der Beschwerdeführerin nicht zutreffend sind (vgl. E. 3.1.10 hiervor). Eine posttraumatische Belastungsstörung, wie sie die behandelnde Psychiaterin postuliert, tritt als eine verzögerte psychische Reaktion auf ein extrem belastendes Ereignis, eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes auf. Die Erlebnisse (Traumata) können von längerer oder kürzerer Dauer sein, wie z.B. schwere Unfälle, Gewaltverbrechen, Naturkatastrophen oder Kriegshandlungen, wobei die Betroffenen dabei Gefühle wie Angst und Schutzlosigkeit erleben und in Ermangelung ihrer subjektiven Bewältigungsmöglichkeiten Hilflosigkeit und Kontrollverlust empfinden (vgl. ICD-10: F43.1). Das Vorliegen eines solchen Ereignisses ist im Falle der Beschwerdeführerin nicht ersichtlich. Wie der psychiatrische Gutachter gestützt auf die Unfallakten zu Recht festgehalten hat, erlebte die Beschwerdeführerin am 7. Dezember 2012 entgegen den eigenen Vorbringen keinen schweren Unfall. Vielmehr ist bezüglich des Ereignisses vom 7. Dezember 2012 von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen, wie das Verwaltungsgericht mit rechtskräftigem Urteil vom 2. Juli 2014, UV/2014/315, E. 4.3, bereits festgehalten hat. Ein solches ist nicht geeignet, eine posttraumatische Belastungsstörung auszulösen und hat dies auch im Falle der Beschwerdeführerin nicht getan, wie der psychiatrische Gutachter gestützt auf die von ihm erhobenen Befunde schlüssig darlegt (siehe AB 26.1 S. 10 und 12 sowie E. 3.1.10 hiervor). Eine eigenständige depressive Erkrankung liegt bei der Beschwerdeführerin gemäss Gutachten ebenfalls nicht vor. Dies deckt

sich mit der Einschätzung der behandelnden Psychiaterin (vgl. E. 3.1.6 und 3.1.9 hiervor), wobei festzuhalten ist, dass Dr. med. E. _____ in seinem Gutachten vom 6. Oktober 2014 nicht das Vorliegen depressiver Symptome verneint, sondern vielmehr überzeugend und nachvollziehbar darlegt, warum diese mit der subjektiven Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin zusammenhängen und nicht Ausdruck einer eigenständigen depressiven Erkrankung sind (vgl. AB 26.1 S. 10).

Dass Dr. med. E. _____ im Falle der Beschwerdeführerin eine Behandlung mit einem leichten, schlafanstossenden Antidepressivum empfiehlt und sich davon einen günstigen Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung und die geklagten Schlafstörungen verspricht, ist entgegen der in der Beschwerde S. 7 lit. e vertretenen Auffassung bei dieser Ausgangslage nicht widersprüchlich und lässt nicht darauf schliessen, dass die Beschwerdeführerin entgegen den gutachterlichen Feststellungen wie auch den Diagnosen der behandelnden Psychiaterin an einer eigenständigen depressiven Erkrankung leidet.

3.4 Das Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 6. Oktober 2014 (AB 26.1) erfüllt nach dem Dargelegten sämtliche der unter E. 2.8 hiervor genannten, von der Rechtsprechung an medizinische Expertisen gestellten Anforderungen. Es ist im Hinblick auf die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die getätigten Schlussfolgerungen sind begründet. Es erbringt damit grundsätzlich vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Aspekte, die vom Gutachter unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, sind keine ersichtlich. Soweit die Beschwerdeführerin eine mangelhafte Untersuchung moniert, mit der Begründung, diese habe lediglich 60 Minuten gedauert, wobei davon noch Übersetzungszeit abzuziehen sei (vgl. Beschwerde S. 6 lit. a), ist festzuhalten, dass für den Aussagegehalt eines Gutachtens grundsätzlich nicht die Dauer der Untersuchung massgebend ist, sondern ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, was nach dem Dargelegten auf das Gutachten von Dr. med. E. _____ zutrifft. Dass die Untersuchungs-

zeit der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie nicht angemessen gewesen wäre, kann ausgeschlossen werden, nachdem sich in den gesamten umfangreichen Akten keine Anhaltspunkte dafür finden, dass wesentliche Aspekte von Dr. med. E. _____ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. Entscheid des BGer vom 29. März 2010, 8C_942/2009, E. 5.2). Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. E. _____ ist nach dem Dargelegten erstellt, dass bei der Beschwerdeführerin in psychischer Hinsicht einzig eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) vorliegt. Eine Auswirkung dieser Störung auf die Arbeitsfähigkeit hat Dr. med. E. _____ explizit verneint, wobei mangels Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit dieser Beurteilung sprechen würden, grundsätzlich darauf abzustellen ist. Hat eine Schmerzstörung aufgrund schlüssiger medizinischer Beurteilung keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, erübrigt sich grundsätzlich die (rechtliche) Prüfung der einzelnen Indikatoren im Sinne von BGE 141 V 281. Bei medizinisch fehlendem invalidisierendem Gesundheitsschaden lässt sich ein solcher rechtlich von vornherein nicht begründen. Da sich Dr. med. E. _____ in der Begründung seiner Arbeitsfähigkeitsbeurteilung jedoch (zumindest auch) auf die rechtlich nicht mehr massgebenden Foerster-Kriterien bezieht, erscheint es vorliegend trotzdem angezeigt, explizit zu prüfen, ob seine Einschätzung auch im Lichte der massgeblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 überzeugt.

4.

Zunächst ist zu prüfen, ob das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. _____ zusammen mit den übrigen medizinischen Akten eine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der massgeblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 überhaupt erlaubt (vgl. E. 2.5 hiavor). Dies ist vorliegend zu bejahen. Die klassifikatorischen Merkmale einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sind gestützt auf das Gutachten wie auch die übrigen medizinischen Akten erstellt. Die Diagnose hält auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 stand. Dabei besteht jedoch eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den ob-

jektivierbaren Befunden, wie Dr. med. E. _____ in seinem Gutachten schlüssig darlegt. Die Beschwerdeführerin habe grosse Mühe, mit ihren Beschwerden umzugehen. Sie fühle sich durch die Beschwerden viel mehr beeinträchtigt, als es den objektivierbaren Befunden entspreche. Es scheine so, dass die Beschwerdeführerin sich nicht damit abfinden könne, dass sie gelegentlich unter Nackenbeschwerden leide. Sie sehe sich als nicht arbeitsfähig an, wobei diese ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung keinen Krankheitswert habe und somit auch keine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zu begründen vermöge (vgl. AB 26.1 S. 9 ff. sowie E. 3.1.10 hiervor). Eine schwere Ausprägung der Befunde und Symptome der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung ist angesichts dieser Beschreibung klar zu verneinen. Es kann auch nicht von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation der Beschwerdeführerin durchgeführten Therapie gesprochen werden. Anlässlich eines ambulanten HWS-Assessments in der Klinik H. _____ vom 8. April 2013 zeigte die Beschwerdeführerin eine stark beeinträchtigte Leistungsbereitschaft (AB 1.1 S. 141). Das Assessment führte zur Empfehlung einer intensivierten ambulanten Therapie mit zunächst drei- bis viermal wöchentlich medizinischer Trainingstherapie sowie – zur Erweiterung der aktivierenden Massnahmen – regelmässigen Spaziergängen in der Natur von dreimal 15 – 20 Minuten täglich. Sie müsse unbedingt den Physiotherapeuten wechseln, der sie mit seinen Aussagen sehr verängstigt habe und dessen Therapiemassnahmen (Massagen und Elektrotherapie) in ihrem Falle auch nicht das Richtige seien. Sie müsse nun intensives Krafttraining machen. Bei guter Kooperation und Leistungsbereitschaft habe sie eine gute Prognose, innert weniger Wochen wieder schmerzfrei zu sein (vgl. AB 1.1 S. 140 f. sowie S. 152). Wie sich aus den weiteren Akten ergibt, hat die Beschwerdeführerin den Physiotherapeuten in der Folge nicht gewechselt. Ihr Hausarzt habe aber mit dem Therapeuten Kontakt aufgenommen und dieser habe die Behandlung nun angepasst. Sie müsse nun mehr aktiv arbeiten. Auch gehe sie nun ein- bis zweimal täglich spazieren (vgl. AB 1.1 S. 146). Bereits sechs Wochen nach dem HWS-Assessment ist sodann festgehalten, dass die Beschwerdeführerin keine Spaziergänge mehr macht. Als Therapie gehe sie zweimal wöchentlich ins Krafttraining und einmal wöchentlich in die passive Physiotherapie, sprich Massage (AB 1.1 S. 132; siehe auch AB 1.1 S. 53). Wie sich aus einer Stellungnah-

me des Physiotherapeuten zwei Monate nach dem HWS-Assessment ergibt, bestand die von der Beschwerdeführerin als Krafttraining bezeichnete aktive Physiotherapie bei ihm nicht in einem Kraft-, sondern in einem Ausdauertraining. Er sei der Meinung, für ein Krafttraining sei es noch zu früh (AB 1.1 S. 131). Gemäss Angaben im Bericht von Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 13. August 2013 fand seit Juni 2013 keine Physiotherapie mehr statt, wobei Dr. med. I. _____ gleichzeitig festhielt, dass aus neurologischer Sicht auch keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen erforderlich seien (AB 1.1 S. 32; siehe auch AB 1.1 S. 23). Am 29. August 2013 gab die Beschwerdeführerin an, wieder vermehrt spazieren zu gehen, wenn auch nicht täglich (AB 1.1 S. 30). Am 23. September 2013 teilte sie mit, wieder regelmässig ins Fitnessstudio zu gehen, wobei sie da mit einer Seniorengruppe trainiere. Zumba, Krafttraining oder Training mit den Hanteln seien ihr noch zu schwer (AB 1.1 S. 15). Ab Winter 2013 liess sie sich gemäss Akten sodann wieder physiotherapeutisch behandeln (vgl. AB 12.1 S. 6), wobei das Schwergewicht wiederum entgegen den expliziten ärztlichen Empfehlungen nicht auf eine aktive Therapie, sondern auf passive Massnahmen gelegt wurde (vgl. AB 26.1 S. 5). Die Beschwerdeführerin hat sich nach dem Dargelegten definitiv nicht an die von den Spezialisten der Klinik H. _____ gemachten Therapieempfehlungen gehalten. Gemäss dem Bericht von Dr. med. D. _____ vom 20. Oktober 2013 (AB 12.1 S. 22) fanden bei ihr ab dem 9. April 2013 mehrere psychotherapeutische Gespräche statt. Auf eine intensive Therapie lässt dies nicht schliessen. Die Gespräche scheinen anfänglich eher sporadisch, später alle zwei bis drei Wochen stattgefunden zu haben (vgl. AB 1.1 S. 146 und 128, AB 17 S. 2 und AB 26.1 S. 5). Eine psychopharmakologische Behandlung fand aus Angst der Beschwerdeführerin, sie könnte darauf – wie offenbar auf andere Medikamente – mit einer Allergie reagieren, nie statt (AB 12.1 S. 23, AB 17 S. 2, AB 26.1 S. 10). Im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. E. _____ am 30. September 2014 war die Beschwerdeführerin seit einem Monat nicht mehr bei Dr. med. D. _____ gewesen mit der Begründung, die Behandlung habe eigentlich nicht viel verändert (AB 26.1 S. 5). Mangels einer lege artis mit optimaler Kooperation der Beschwerdeführerin durchgeführten Therapie kann nach dem Dargelegten nicht vom Scheitern einer solchen gesprochen werden. Auch der Indikator „Komorbiditäten“ spricht

angesichts des Fehlens von psychischen und körperlichen Begleiterkrankungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gegen das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens. Ebenfalls kann die Beschwerdeführerin aus dem Komplex „Persönlichkeit“ nichts zu ihren Gunsten ableiten. Im psychiatrischen Befund fanden sich keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung oder auch nur auffällige Persönlichkeitszüge (vgl. AB 26.1 S. 7 f.). Das Vorliegen diesbezüglicher leistungshindernder Belastungsfaktoren ist somit zu verneinen. Ein ausgeprägter sozialer Rückzug liess sich anlässlich der Begutachtung nicht feststellen (vgl. AB 26.1 S. 10). Die Beschwerdeführerin lebt in intakten familiären Verhältnissen (AB 26.1 S. 6), geht noch ein- bis zweimal pro Woche ins Fitnesscenter, am Sonntag geht sie mit ihrem Mann spazieren (AB 26.1 S. 7) und es sind in den Akten auch mehrere Reisen dokumentiert (AB 1.1 S. 129, AB 12.1 S. 17, AB 26.1 S. 7). Der Komplex „Sozialer Kontext“ spricht damit gegen das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens. Hinsichtlich Konsistenz ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin bereits anlässlich des HWS-Assessments in der Klinik H._____ vom 8. April 2013 nur eine stark beeinträchtigte Leistungsbereitschaft gezeigt hat (vgl. AB 1.1 S. 141) und dass anlässlich der ärztlichen Untersuchung vom 12. November 2013 die klinischen Befunde der HWS-Funktion inkonsistent waren und eine gewisse Symptomausweitung und Selbstlimitierung vermuten liessen (AB 12.1 S. 14). Die geringe Intensität der in Anspruch genommenen Therapien lässt sodann nicht auf einen massiven Leidensdruck schliessen. Dass es ihr möglich ist, ein- bis zweimal pro Woche ins Fitness zu gehen, auch wenn sie angibt, dass ihr Zumba, Krafttraining oder Training mit den Hanteln noch zu schwer seien und sie deshalb mit einer Seniorengruppe trainiere (AB 1.1 S. 15), wie auch die Reisen, die sie nach dem Unfall wieder gemacht hat und auch der Umstand, dass sie wieder Auto fährt, sprechen sodann ebenfalls gegen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden. Zusammenfassend ist bei einer gesamthaften Betrachtung über alle massgeblichen Indikatoren hinweg nach dem Dargelegten keine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage erstellt, welche zur Anerkennung einer Invalidität führen könnte. Die Folgen der Beweislosigkeit hat die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (vgl. BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Demnach ist die vorinstanzliche Beurteilung rechtens und die Beschwerde 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt und Notar Dr. 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.