

200 16 1142 IV
ACT/BRM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 23. März 2017

Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin und Notarin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 1. November 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1958 geborene A. _____ meldete sich am 22. Oktober 2013 wegen Depression/Burn out für Berufliche Integration/Rente bei der IV-Stelle Bern (IVB) an (Akten der IVB [act. II] 1). Die IVB holte Unterlagen des Kollektiv-Krankentaggeldversicherers („C. _____“; act. II 11 – 14), Arztberichte (act. II 15, 28, 29) sowie erwerbliche Unterlagen (act. II 16, 17, 24, 30, 31.1 – 31.3) ein. Ferner stellte „C. _____“ der IVB das von ihr bei der Begutachtungsstelle D. _____ (MEDAS) in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten vom 2. April 2014 zu (act. II 33.2). Gestützt auf diese Abklärungen stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 16. Mai 2014 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (act. II 39) und verfügte am 23. Juli 2014 dementsprechend (act. II 47); zum erhobenen Einwand (vgl. act. II 40, 45, 46) nahm sie in der Verfügung Stellung. Die hiergegen erhobene Beschwerde (act. II 51) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Entscheid vom 15. Februar 2016, IV/2014/829 (act. II 54), ab, was unangefochten blieb.

B.

Mit Schreiben vom 30. Mai 2016 machte die Versicherte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend, indem es zwischenzeitlich zur einer Chronifizierung des Zustandsbildes sowie einer Änderung der Diagnose gekommen sei; diese laute aktuell: mittelgradige depressive Episode F32.1 mit somatischem Syndrom. Sie sei vom 11. bis 30. April 2016 in den Psychiatrischen Diensten E. _____ stationär behandelt worden (act. II 56). Auf entsprechenden Hinweis der IVB, dass sie eine massgebliche Änderung seit Erlass der vorangegangenen Verfügung z.B. mit ärztlichen Zeugnissen glaubhaft machen müsse (act. II 57), reichte die Versicherte die Austrittsmeldung der Psychiatrischen Dienste E. _____ vom 29. April 2016 (act. II 58) ein. Daraufhin stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 13. Juli 2016 in Aussicht, dass auf Leistungsgesuch nicht eingetreten werde; es sei nicht glaubhaft dargelegt, dass sich die tatsächli-

chen Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich geändert hätten (act. II 59). Hiergegen liess die Versicherte, (wie bereits im vorangegangenen Verfahren) vertreten durch die F. _____ Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG, am 12. August 2016 mit summarischer (act. II 61) und am 14. September 2016 mit ergänzter Begründung (act. II 66) Einwand erheben mit dem Antrag, der Vorbescheid sei aufzuheben und es seien der Versicherten die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Am 1. November 2016 verfügte die IVB entsprechend dem Vorbescheid; zum erhobenen Einwand nahm sie in der Verfügung Stellung (act. II 68).

C.

Mit Beschwerde vom 22. November 2016 lässt die Versicherte, nunmehr vertreten durch Rechtsanwältin und Notarin B. _____, beantragen, es sei auf das Leistungsbegehren einzutreten und es sei der Beschwerdeführerin nach Vornahme der notwendigen Abklärungen mindestens eine halbe Rente auszurichten. Gerügt wird zunächst eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, indem der Hinweis der F. _____ in der Eingabe vom 14. September 2016, die Versicherte sei zwei Monate hospitalisiert gewesen, nicht ernsthaft geprüft worden sei und eine entsprechende Prüfung zu weiteren Abklärungsmassnahmen hätte führen müssen. Ferner sei entgegen der Darstellung der Beschwerdegegnerin eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht, nachdem eine neue Diagnose (diffuse Schmerzbeschwerden) gestellt worden sei und die Beschwerdeführerin innerhalb eines halben Jahres während einer Dauer von insgesamt drei Monaten hospitalisiert gewesen sei. Auf das Leistungsbegehren hätte deshalb eingetreten und es hätten von Seiten der IVB weitere Abklärungen vorgenommen werden müssen. Auch wenn die vorgelegten Arztberichte nicht hinreichend substantiiert gewesen wären, hätte die IVB aufgrund der darin enthaltenen konkreten Hinweise, wonach möglicherweise eine rechtserhebliche Änderung vorliege, im Sinne der geltenden Rechtsprechung weitere Abklärungen einleiten müssen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Dezember 2016 beantragt die IVB, es sei auf die Beschwerde nicht einzutreten, soweit die Zusprechung einer IV-

Rente beantragt werde, und die Beschwerde sei abzuweisen, soweit Eintreten auf das Leistungsbegehren beantragt werde.

In einer Stellungnahme vom 6. Januar 2017 zur Beschwerdeantwort bestätigt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen die beschwerdeweise vorgetragene Argumentation.

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 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, soweit beantragt wird, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei glaubhaft gemacht und auf das Leistungsbegehren sei deshalb einzutreten. Nicht einzutreten ist dagegen auf die Beschwerde, soweit die Ausrichtung einer Rente beantragt wird, da die Rentenfrage nicht vom Anfechtungsgegenstand umfasst ist und deshalb im

vorliegenden Verfahren nicht Streitgegenstand bilden kann (vgl. E. 1.2 hiernach).

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 1. November 2016 (act. II 68). Streitig und zu prüfen ist, ob die IVB auf die Neuanschuldung vom 30. Mai 2016 (Eingang bei der IVB: 6. Juni 2016; act. II 56) zu Recht nicht eingetreten ist.

1.3 Die Mitglieder des Verwaltungsgerichts behandeln als Einzelrichterin oder Einzelrichter unter anderem Beschwerden gegen Nichteintretensverfügungen oder -entscheide (Art. 57 Abs. 2 lit. c 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 Die Beschwerdeführerin lässt vorab eine Verletzung des rechtlichen Gehörs rügen mit der Begründung, die IVB habe sich in der angefochtenen Verfügung nicht genügend mit den im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwänden (act. II 61, 66) auseinandergesetzt (Beschwerde, S. 4 oben). Über den Hinweis in der Eingabe vom 14. September 2016 (act. II 66) betreffend die zweimonatige Hospitalisation der Versicherten, welcher bereits zu Abklärungsmassnahmen hätten führen müssen, sei die IVB stillschweigend hinweggegangen.

2.2 Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 BV. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie

sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181).

2.3 Auf Aufforderung der IVB nach Eingang der Neu anmeldung, die angegebene Verschlechterung des Gesundheitszustands glaubhaft zu machen (act. II 57), reichte die Versicherte die eine Seite umfassende Austrittsmeldung de Psychiatrischen Dienste E. _____ vom 29. April 2016 ein, in welcher von einer stationären Behandlung während 19 Tagen wegen mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10: F32.1) mit somatischem Syndrom berichtet wurde; die Patientin sei danach nach Hause entlassen worden mit der Empfehlung, gegebenenfalls eine psychosomatische Weiterbehandlung zu erwägen und die ambulante psychiatrische Behandlung fortzuführen (act. II 58 S. 2). Der Hausarzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin und Sportmedizin, wies in seinem Bericht vom 9. September 2016 (act. II 66 S. 2) auf diese Hospitalisation hin und erwähnte eine Verschlechterung des psychiatrischen Beschwerdebildes seit 2014, ohne hierzu allerdings Ausführungen zu machen. Von einer voraussichtlich zwei Monate dauernden stationären Behandlung, wie sie in der Eingabe der F. _____ vom 14. September 2016 (act. II 66 S. 1) genannt wird, ist in keinem der vorgelegten Arztberichte die Rede (sondern erst im vor Verwaltungsgericht eingereichten Bericht des Dr. med. H. _____ vom 28. September 2016 [act. I 3]). Dass sich die IVB hierzu nicht explizit geäußert hat, schadet nicht, war die entsprechende Angabe doch in keiner Art und Weise belegt. Die Begründungsdichte der Verfügung vom 1. November 2016 (act. II 68) ermöglichte im Übrigen deren sachgerechte und zielgerichtete Anfechtung und ist nicht zu beanstanden, zumal sich die Verwaltung nicht ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss, sondern sich vielmehr auf die wesentlichen Gesichtspunkte beschränken kann (vgl. E. 2.2. hiavor).

3.

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; der Sachverhalt muss also nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsdarstellung nicht erstellen lassen. Grundsätzlich unterliegt das Glaubhaftmachen weniger strengen Anforderungen als im Zivilprozessrecht. Dort muss – im Gegensatz zum vollen Beweis – das Gericht von der Richtigkeit der behaupteten Sachdarstellung immerhin überzeugt sein, wenn auch nicht vollständig und unter Ausschluss jeden Zweifels (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

3.2 Nach Eingang einer Neuanmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

Die versicherte Person muss mit der Neuanmeldung (oder dem Revisionsgesuch) die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Der Un-

tersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht. Wird in der Neuanmeldung (oder dem Revisionsgesuch) kein Eintretenstatbestand geltend gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvorkehren geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das diesen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69).

3.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

4.

4.1 Zu beurteilen ist im vorliegenden Verfahren, ob die Versicherte glaubhaft gemacht hat, dass sich der Sachverhalt zwischen dem Erlass der ersten ablehnenden Verfügung vom 23. Juli 2014 (act. II 47), bestätigt durch das Urteil des Verwaltungsgerichts vom 15. Februar 2016, IV/2014/829 (act. II 54), und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 1. November 2016 (act. II 68) verändert hat und ob die Verwaltung auf die Neuanmeldung vom 30. Mai 2016 (act. II 56) hätte eintreten müssen.

4.2 Gestützt auf die bis zum Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 1. November 2016 (act. II 68) eingereichten Unterlagen ist aus folgenden Gründen nicht glaubhaft gemacht, dass sich der Grad der Invalidität seit der letzten leistungsverweigernden Verfügung in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat:

4.2.1 Die am 4. Juli 2016 bei der IVB eingegangene Austrittsmeldung der Psychiatrischen Dienste E. _____ (act. II 58 S. 2) enthielt (einzig) Angaben über die stationäre Behandlung vom 11. bis am 30. April 2016 (neunzehn Tage), die Diagnose (mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom), die derzeitige Medikation sowie das empfohlene Prozedere (gegebenenfalls psychosomatische Weiterbehandlung und insb. Fortführen der ambulanten psychiatrischen Behandlung). Eine Diagnose aus dem depressiven Formenkreis wurde bereits im Gutachten der MEDAS vom 2. April 2014 erwähnt (act. II 33.2 S. 10) und auf ein somatisches Syndrom hatten auch schon die behandelnden Psychiater PD Dr. med. J. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 6, 15), und Dr. med. I. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 46 S. 3), hingewiesen. Die nunmehr vorliegende Diagnose ist somit nicht neu und dauerhafte Einschränkungen, die zu einer Renten führen könnten, sind aus dem Bericht der Psychiatrischen Dienste E. _____ in keiner Art und Weise ersichtlich.

4.2.2 Im Bericht des Hausarztes Dr. med. G. _____ vom 9. September 2016 wird ebenfalls eine Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis diagnostiziert („Depressive Episoden“; act. II 66 S. 2), sodass auch damit keine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht ist. Entgegen der offensichtlichen Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Stellungnahme vom 6. Januar 2017, S. 2), ist in diesem Zusammenhang nicht die genaue Diagnose entscheidend, sind doch die Abgrenzungen zwischen den Beschwerdebildern fließend. Insofern kann allein gestützt auf die diagnostische Zuordnung nicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden, zumal alle Diagnosen nach wie vor aus dem depressiven Formenkreis stammen. Die Angabe des Hausarztes, es liege eine Verschlechterung des psychiatrischen Beschwerdebildes seit 2014 vor, erfolgte ferner ohne jegliche Begründung, weshalb sich auch

daraus kein konkreter Hinweis auf einen veränderten Gesundheitszustand ergibt. Dasselbe gilt für die von ihm erwähnten Zervikobrachialgien, nachdem er ausdrücklich festgehalten hat, dass er nicht konklusiv beurteilen könne, ob die daherigen Beschwerden in den letzten Monaten progredient verlaufen seien. Schliesslich geht der Hausarzt auf die ebenfalls diagnostizierten intermittierenden Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen ohne neurologisch fassbares Korrelat nicht weiter ein, sodass auch in dieser Hinsicht keine Veränderung ausgewiesen ist.

4.2.3 Mit dem blossen Hinweis in der Eingabe der F. _____ vom 14. September 2016, die Versicherte sei hospitalisiert und es sei mit einer stationären Behandlung von insgesamt zwei Monaten zu rechnen (act. II 66 S. 1), ist – anders als in der Beschwerde, S. 5, dargestellt – ebenfalls keine Verschlechterung glaubhaft gemacht, welche den Grad der Invalidität in anspruchserheblicher Weise beeinflussen könnte. Wie bereits oben erwähnt (vgl. E. 2.3 hiervor) war eine entsprechende Hospitalisation zudem vor Verfügungserlass nicht belegt und es wird in der Eingabe auch nicht auf weitere Beweismittel hingewiesen, zu deren Beibringung die IVB explizit hätte Frist ansetzen müssen (vgl. E. 3.2 hiervor).

4.2.4 Die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Arztberichte der Dres. med. H. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. September 2016 (Beschwerdebeilage [act. I] 3) und K. _____, FMH Innere Medizin, FMH Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische und Psychosoziale Medizin, vom 9. und 16. November 2016 (act. I 5 und 4) sind hier nicht zu berücksichtigen: Dies, weil das Gericht einerseits allein über den Sachverhalt, wie er sich der Verwaltung bot, urteilt und andererseits der Untersuchungsgrundsatz im Neuanmeldungsverfahren nicht vollumfänglich gilt (vgl. E. 3.2 hiervor).

Aber selbst wenn diese Berichte berücksichtigt würden, ist damit eine massgebende Tatsachenänderung nicht glaubhaft gemacht. Dies, weil sowohl der Bericht des Dr. med. H. _____ vom 28. September 2016 über die Hospitalisation (act. I 3, S. 2) als auch die – sich letztlich allein auf den Bericht des Dr. med. H. _____ stützenden – Berichte des Dr. med. K. _____ vom 9. und 16. November 2016 (act. I 5 und 4) – wie schon die weiter oben erwähnten Berichte – eine Diagnose aus dem depressiven

Formenkreis beschlagen. Die von Dr. med. H. _____ in seinem Bericht neu erwähnte somatoforme Schmerzstörung (vgl. act. I 3, S. 2) vermag daran nichts zu ändern, sind doch weder darin noch in den weiteren Angaben die Voraussetzungen zur invalidisierenden Wirkung derartiger Beschwerdebilder, d.h. zu den dabei im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (vgl. insb. BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 297 f.), glaubhaft gemacht.

4.3 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen ist, eine relevante Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen sei seit der abweisenden Verfügung vom 23. Juli 2014 (act. II 47) nicht glaubhaft gemacht worden; entgegen den Ausführungen in der Beschwerde, S. 5 f., und der Stellungnahme vom 6. Januar 2017, S. 2, war die Beschwerdegegnerin auch nicht verpflichtet, weitere Abklärungen zu tätigen. Es war nämlich nicht damit zu rechnen, dass weitere Abklärungen eine rechtserhebliche Änderung ergeben würden; insbesondere ist allein mit einer Hospitalisation keine rechtsgenügende Veränderung glaubhaft gemacht, dies umso weniger, als in den eingereichten Berichten – wie vorliegend – die gleichen Gesundheitsschäden (namentlich solche aus dem depressiven Formenkreis) wie in der vorangegangenen Leistungsprüfung diagnostiziert sind (vgl. E. 4.2 hiervor).

Die Beschwerde ist dementsprechend 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. 500.—, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG sowie Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.— werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin und Notarin B._____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Kopie der Eingabe der Beschwerdeführerin vom 6. Januar 2017)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Einzelrichter:

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.