

200 17 146 IV
FUR/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 31. Mai 2018

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. Januar 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1964 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Dezember 2014 unter Angabe eines Burnouts und von Depressionen sowie unter Hinweis auf eine im September 2014 erfolgte Trennung vom Partner und den Tod eines nahestehenden Familienmitglieds am 30. November 2014 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB holte Akten des Krankentaggeldversicherers (...; AB 8) sowie erwerbliche (AB 10 ff.) und medizinische (AB 25, 31, 38, 50) Unterlagen ein und führte am 18. Februar 2015 ein Erstgespräch mit der Versicherten durch (AB 13). Mit Vorbescheid vom 9. August 2016 (AB 51) stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Auf Einwand (AB 57) und die Nachreichung weiterer medizinischer Unterlagen (AB 58, 63) hin verfügte die IVB am 4. Januar 2017 wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt (AB 64).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 8. Februar 2017 Beschwerde und beantragte sinngemäss, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien ihr Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere eine Rente zuzusprechen; gleichzeitig ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege.

Mit Eingabe vom 13. Februar 2017 äusserte sich die Beschwerdegegnerin zur Rechtzeitigkeit der Beschwerde und schloss mit Beschwerdeantwort vom 16. März 2017 auf deren Abweisung.

Mit prozessleitender Verfügung vom 13. März 2017 stellte die Instruktionsrichterin fest, das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege sei innert Frist nicht verbessert worden (vgl. prozessleitende Verfügung vom 14. Februar 2017 und Schreiben vom 1. März 2017), womit dieses als zurückgezogen

gelte. Innert Nachfrist ging der Kostenvorschuss ein (vgl. prozessleitende Verfügung vom 6. April 2017).

Mit prozessleitender Verfügung vom 6. Februar 2018 gewährte die Instruktionsrichterin den Parteien aufgrund der mit BGE 143 V 409 und 143 V 418 (Entscheide des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_841/2016 und 8C_130/2017), erfolgten Praxisänderung das rechtliche Gehör. Während die Beschwerdegegnerin mit Stellungnahme vom 7. März 2018 am gestellten Antrag festhielt, liess sich die Beschwerdeführerin innert Frist nicht vernehmen.

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 4. Januar 2017 (AB 64). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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

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). Nach der bisherigen Rechtsprechung des Bundesgerichts fielen depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent waren (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.1 S. 412). Nach vertiefender Auseinandersetzung mit der

Sach- und Rechtslage und der dabei gewonnenen besseren Einsicht fand das Bundesgericht hinreichend gewichtige Gründe, die bisherige Rechtsprechung zu den leichten bis mittelschweren Depressionen fallen zu lassen (BGE 143 V 409 E. 4.4 S. 414 f.). Das Bundesgericht hat entschieden, dass sich eine Limitierung des Vorgehens nach BGE 141 V 281 auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden nicht länger rechtfertigen lässt. Damit sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) schliessen lassen (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.2.2 Eine neue Rechtspraxis ist grundsätzlich nicht nur auf künftige, sondern auf alle, im Zeitpunkt der Änderung noch hängigen Fälle anwendbar (BGE 114 V 315 E. 5c S. 218).

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). Es ist 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 (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.3.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427 ff., 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizi-

nisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3.2 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

2.3.3 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt 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 beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.4

2.4.1 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 Umstände 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).

2.4.2 Ein "Burnout" kann bei Personen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen in psychosozialen Belastungssituationen auftreten. Es entspricht keiner Erkrankung im Sinne der anerkannten internationalen Klassifikationssysteme, weshalb ein "Burnout" als solches nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fällt (SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.1).

2.5 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.

2.6 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 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Der prakt. Arzt B. _____ diagnostizierte im Bericht vom 19. Mai 2015 (AB 25) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit traumatischen Elementen (ICD-10 F43.2) und eine mittelgradige Depression (ICD-10 F32.1), weshalb die Beschwerdeführerin seit 26. Juni 2014 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Die Beschwerdeführerin habe nach einem Chefwechsel im Betrieb seit Mitte 2013 Mobbing erlitten. In der Folge habe eine depressive Entwicklung begonnen und sie habe Psychopharmaka eingenommen. Später habe sie Gewalt in der Partnerschaft erlebt, was die depressiven Züge und die körperlichen Symptome verstärkt hätte. Sie leide unter Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen, verminderter Leistungsfähigkeit und chronischer Müdigkeit. Im August 2014 sei mit einer Psychotherapie begonnen worden; es stehe die Einweisung in die psychiatrische Klinik C. _____ in ... an. Gegenwärtig sei die Prognose noch unklar, doch sollte es nach der Hospitalisation zu einer Besserung kommen; die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Eine ergänzende medizinische Abklärung sei nicht angezeigt.

3.1.2 Gemäss Bericht vom 23. Juni 2015 (AB 31) war die Beschwerdeführerin vom 14. Mai bis 12. Juni 2015 in der Klinik C. _____ hospitalisiert. Diagnostiziert wurde dabei eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) und differenzialdiagnostisch eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Anlässlich der Einweisung habe die Beschwerdeführerin berichtet, dass sie von März bis Juni 2014 sehr viel gearbeitet habe; zeitweise sei ihr die Arbeit von fünf Stellen zugefallen. Zusätzlich habe sie sich um den Haushalt, den Partner, dessen Kinder und die Schwiegermutter gekümmert. Im Juni 2014 sei ein "Burnout" diagnostiziert worden. Ihre Anstellung sei gekündigt worden. Der Partner sei sehr abwertend geworden und er habe angefangen, sie zu schlagen. Seither leide sie an massiven Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörung) sowie massiven Albträumen. Vom Partner sei sie heute ge-

trennt. Sie selber sei sehr dünnhäutig. Ihre Hobbies könne sie nicht mehr aufrechterhalten. Freunde habe sie sehr gute, auch ihre Eltern seien eine Unterstützung. In sozialen Situationen träten Panikattacken auf. Gemäss Ausführungen der behandelnden Ärzte verfügte die Beschwerdeführerin über eine ausgeprägt Resilienz, weshalb in der Therapie die Förderung und Reaktivierung der bestehenden Ressourcen im Vordergrund standen. Die Beschwerdeführerin habe bei der Besserung des Zustandsbildes weitgehend auf bereits vorhandenes Veränderungs- und Selbstmanagementwissen zurückgreifen können. Als hartnäckig habe sich die Schlafstörung erwiesen. Das Zustandsbild habe sich fortlaufend und nachhaltig gebessert, sodass sie in deutlich gebessertem Zustandsbild habe entlassen werden können. Sie sei in der Struktur-Tagesklinik angemeldet und werde durch die psychiatrische Spitex unterstützt.

3.1.3 Die Beschwerdeführerin liess wegen starken Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit, starker innerlicher Anspannung, motorischer Unruhe und Ruhelosigkeit, Kraft- und Antriebslosigkeit sowie Ablenkbarkeit und schlechter Konzentration seit dem "Burnout" 2014 in den Monaten Juli und August 2015 eine Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) abklären. Gemäss Bericht von lic. phil. D. _____, Psychologe FSP in der psychiatrisch-psychologischen Praxis E. _____, vom 21. September 2015 (AB 38/7 ff.) sei die Kindheit vom plagenden Bruder und der strengen, den Bruder bevorteilenden Erziehung belastet, es bestünden jedoch keine ADHS-typischen Symptome. In der Schule sei die Beschwerdeführerin konzentriert, wenig ablenkbar und ruhig gewesen. Die aktuellen Beschwerden würden sich auf eine starke innere Anspannung, Ruhelosigkeit, Sprunghaftigkeit und Ablenkbarkeit beziehen. Die Symptome würden von den spezifischen Messmitteln grösstenteils bestätigt. Sie seien jedoch als Ausdruck der (agitierten) depressiven Störung zu bewerten. Diese sei begleitet von einer starken Schlafstörung, die bisher medikamentös nicht befriedigend habe therapiert werden können. Die Beschwerdeführerin fühle sich kraftlos und in der Stimmung niedergedrückt. Insgesamt sei festzuhalten, dass die Ablenkbarkeit, die innere Unruhe und die Anpassung nicht lebensüberdauernd seien. Sie seien mit der depressiven Episode aufgetreten und seien so besser erklärbar als durch eine ADHS. Es lägen weder anamnestisch noch psychodiagnostisch vor der Depression 2014 Hinweise

für eine ADHS vor. Diagnostisch sei von einer aktuell mittelschweren Depression (ICD-10 F32.1) auf dem Hintergrund einer unsicher-abhängigen und zwanghaften Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1) zu sprechen. Es sei eine teilstationäre Behandlung der Depression in einer Tagesklinik zu empfehlen; in der Folge sollte die bereits laufende ambulante Therapie fortgeführt werden.

3.1.4 Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in der psychiatrisch-psychologischen Praxis E. _____, diagnostizierte im Bericht vom 12. November 2015 (AB 38/1 ff.) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Anamnestic habe die Beschwerdeführerin 2014 ein "Burnout" gehabt, ihr Exfreund habe sie psychisch und physisch misshandelt, sie habe ihren Job verloren. Seither könne sie kaum noch schlafen, sei angespannt und habe eine permanente innere Unruhe. In ihrer letzten Anstellung habe sie sich völlig überarbeitet, sie habe zwölf Stunden pro Tag gearbeitet, weil sie fünf Leute habe ersetzen müssen, aber nur zwei oder drei Stunden geschlafen, sie habe zwei Stunden für den Arbeitsweg aufwenden müssen und auch noch ihren Exfreund und dessen Kinder versorgt; sie habe sich völlig zurückgezogen und sei zusammengebrochen. Sozial sei sie gut eingebettet, sie wohne in der Nähe ihrer Brüder und Eltern. Sie lebe allerdings allein und abgeschieden in einem Bauernhaus. Aktuell besuche sie die Tagesklinik. Depressive Störungen seien behandelbar, in diesem Fall sei jedoch nicht vorhersehbar, wann die Beschwerdeführerin ihr prämorbid funktionelles Niveau erreicht haben werde. Unklar sei auch der künftige Verlauf in der Tagesklinik, sodass die Prognose mittelfristig ungewiss sei. Die bisherige psychotherapeutische Behandlung sollte unverändert weitergeführt werden. Aufgrund des aktuellen depressiven Zustandsbildes mit rascher Ermüdung, geringem Durchhaltevermögen, Durchschlafstörungen und Alpträumen sowie Morgentief (das sich erst gegen Mittag bessere) sei momentan keine berufliche Tätigkeit möglich. Durch eine antidepressive medikamentöse Therapie, Psychotherapie, tagesklinische Behandlung und Unterstützung durch die Spitex sei damit zu rechnen, dass die Arbeitsfähigkeit mittelfristig verbessert werde. Man sollte den weiteren Verlauf der Therapie bis ungefähr April 2016 abwarten, denn dann werde wahrscheinlich eine verlässliche Prognose möglich sein.

3.1.5 Gemäss Bericht vom 15. Juli 2016 (AB 50) wurde die Beschwerdeführerin vom 17. Mai bis 15. Juli 2016 in der Tagesklinik (drei Tage pro Woche) der Klinik C. _____ teilstationär behandelt. Diagnostiziert wurde eine "mittelgradige depressive Episode, Schwierigkeiten mit Stresssituationen bei Persönlichkeit mit perfektionistischen Zügen (ICD-10 F32.1)". Nach dem Austritt aus der stationären Behandlung (vgl. E. 3.1.2 hiervor) sei es ihr zunächst recht gut gegangen, sie sei jedoch im Juli 2015 wieder zunehmend in seelische Tiefs gefallen und habe vorübergehend auch Suizidgedanken entwickelt. Aufgrund ihrer psychischen Probleme habe sie erneut eine ambulante Therapie bei einer delegiert arbeitenden Psychologin in der Praxis Dr. B. _____ aufgenommen. So habe sie sich erneut stabilisieren können und sie habe die Weiterbildung zum ... vor kurzem erfolgreich (sehr gut) abgeschlossen. Dies habe ihr im Selbstwerterleben sehr gut getan. Sie lebe alleine auf einem Bauernhof; im Parterre wohne ihr Onkel, der unter demenziellen Symptomen leide. Die Beziehung zum Onkel sei sehr gut und sie kümmere sich viel um ihn. Sie habe einen Partner, die Beziehung sei gut und unterstützend. Auch zu ihren Eltern und beiden Brüdern bestehe ein guter Kontakt, besonders zum jüngeren Bruder. Bei den Eltern habe sie eher Mühe, sich abzugrenzen, wenn diese mit Wünschen an sie herantreten würden. In der Tagesklinik möchte sie vor allem weiter an den Selbstberuhigungsmöglichkeiten arbeiten und dabei lernen, mit Stress besser umzugehen. Sie sei immer noch sehr leicht in eine Drucksituation zu bringen, da sie Mühe habe, nein zu sagen. In den psychiatrisch/psychotherapeutischen Einzelgesprächen sei vor allem selbstwertstärkend gearbeitet worden, verbunden mit dem Fokus auf der Selbstfürsorge und der Fähigkeit zur Abgrenzung gegenüber Erwartungen anderer. Dabei habe es sich als hilfreich erweisen, die Beschwerdeführerin bei der Wahrnehmung von Ärger und dessen Umsetzung in eine adäquate Grenzziehung zu unterstützen. Der Beschwerdeführerin sei es in der Folge gelungen, die "Tools" auch in mehreren Situationen anzuwenden und dabei an Selbstvertrauen zu gewinnen. Derzeit gleise sie eine Tätigkeit als ... auf; ausserdem möchte sie im Herbst 2016 die Weiterbildung zur ... im Rahmen eines Fernstudiums angehen. Dieses Unterfangen stresse zwar, stimme sie aber gleichzeitig auch zuversichtlich. Wichtig werde hierbei ein schrittweiser Einstieg sein, um nicht vorschnell in eine Überforderung zu geraten. Bei Austritt hätten die Konzentrationsstörungen etwas nachgelassen, die

Beschwerdeführerin wirke aufgehellter, stabiler und zuversichtlicher. Der Schlaf habe sich deutlich gebessert.

3.1.6 Im September 2016 erfolgte eine Zuweisung zur schlafmedizinischen Beurteilung wegen seit Jahren bestehender Ein- und Durchschlafstörungen. Dabei wurden im Spital G._____ gemäss Bericht vom 25. November 2016 (AB 63/4 ff.) eine exzessive Tagesschläfrigkeit unklarer Ursache (allenfalls medikamentös bedingt), eine chronische Insomnie (bei chronischer Schlafmitteleinnahme [Sequase]) und eine mittelschwere depressive Episode mit akzentuierter Persönlichkeit mit dependenten und zwanghaften Zügen diagnostiziert. Die Ein- und Durchschlafstörungen hätten im Rahmen einer depressiven Episode im März 2013 begonnen. In der Zwischenzeit gehe es der Beschwerdeführerin psychisch wieder besser, auch die Insomnie habe sich verbessert, allerdings nur unter Einnahme von Sequase. So schlafe sie relativ gut, leide aber unter einem starken "Hang-over" am Morgen mit grossen Aufwach- und Anlaufschwierigkeiten und einer Tagesschläfrigkeit. Durch Bettzeitrestriktion habe sie eine deutliche Besserung ihres Schlafes erlangt. Die morgendlichen Aufsteh- und Anlaufschwierigkeiten persistierten, was vor allem im Rahmen der Sequase-Einnahme zu interpretieren sei. Es sei unter Optimierung und Intensivierung der Verhaltensmassnahmen eine langsame Reduktion der Sequase-Dosis empfohlen worden.

Mit Verlaufsbericht vom 9. Dezember 2016 (AB 63/2 f.) bestätigte das Spital G._____ eine deutliche Verbesserung bezüglich der Insomnie. Erstmals seit Jahren habe die Beschwerdeführerin sogar einige Nächte ohne Unterbruch durchgeschlafen. Die Sequase-Dosis habe sie ohne Schwierigkeiten reduzieren können. Dadurch hätten sich die morgendlichen Anlaufschwierigkeiten und die Morgenmüdigkeit deutlich reduziert und die Beschwerdeführerin fühle sich tagsüber aufnahmefähiger. Die Beschwerdeführerin sei motiviert worden, die Verhaltensmassnahmen beizubehalten und wo nötig noch zu intensivieren, verbunden mit einer weiteren Reduktion der Sequase-Dosis.

3.2 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Die vorliegenden Arztberichte (vgl. E. 3.1 hiervor) erfüllen die gemäss Rechtsprechung an den Beweiswert gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihnen in Bezug auf die Beurteilung und die Diagnose Beweiskraft zukommt. Sie sind für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigen die geklagten Beschwerden sowie die erhobenen Befunde und wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Durchgehend diagnostiziert wurde eine mittelschwere depressive Episode, welcher im vorliegenden Fall eine zentrale Bedeutung zukommt. Soweit zu Beginn auch noch eine Anpassungsstörung und differenzialdiagnostisch eine post-traumatische Belastungsstörung diagnostiziert worden sind (vgl. E. 3.1.1 [prakt. Arzt B. _____] und 3.1.2 [Klinik C. _____] hiervor), bleibt festzuhalten, dass diese Diagnosen in der Folge (selbst von der Klinik C. _____) nicht mehr übernommen worden sind. Mit Blick darauf, dass eine Anpassungsstörung im Allgemeinen innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis oder der Lebensveränderung beginnt und die Symptome meist nicht länger als sechs Monate anhalten (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen,

ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 209), und die posttraumatische Belastungsstörung bloss differenzialdiagnostisch erwähnt wurde, erweist sich dies als nachvollziehbar. In Bezug auf die eine exzessive Tagesschläfrigkeit und chronische Insomnie ist es durch die Bettzeitrestriktion und selbst bei Reduktion des Schlafmittels zu einer deutlichen Verbesserung gekommen (vgl. E. 3.1.6 hiervor). Übereinstimmend attestieren die involvierten Ärzte der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigungen – namentlich der mittelschweren depressiven Episode – eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (AB 25/1 lit. B, 31/4 oben, 38/3 Ziff. 1.7, 50/4 oben).

Nach dem Dargelegten – resp. wie in Bezug auf die massgebenden Indikatoren hernach gezeigt wird – gestatten die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs (vgl. E. 3.2 hier vor), zumal in diesen einhellig von einer mittelschweren depressiven Episode ausgegangen wird. Es liegt eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose vor (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416) und der Sachverhalt erweist sich diesbezüglich als hinreichend erstellt. Deshalb kann – entgegen der Auffassung in der Beschwerde, S. 1 Ziff. 5 – auf weitere Beweiserhebungen verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.4 Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann. Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann.

Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 21. März 2018 [zur Publikation vorgesehen], 8C_409/2017, E. 4.3).

Für die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit respektive der Invalidität gilt somit zu beachten, dass dem Arzt bei der Folgenabschätzung der von ihm erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigung keine abschliessende Beurteilungskompetenz zukommt. Weil die Arbeitsfähigkeit keine rein medizinische, sondern letztlich eine juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliert (Entscheid des BGer vom 29. Dezember 2016, 9C_497/2016, E. 5.1).

3.5 Bei depressiven Störungen im mittelgradigen Bereich ist die invalidisierende Wirkung besonders sorgfältig zu prüfen. Bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen ist, wie bei jeder geltend gemachten gesundheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit, demnach im Einzelfall (einzig) danach zu fragen, ob und wie sich die Krankheit leistungslimitierend auswirkt (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416). Nach der geänderten und seither bestätigten höchstrichterlichen Rechtsprechung ist nunmehr anhand der massgebenden Standardindikatoren zu prüfen, ob rechtlich die Voraussetzungen zur Annahme einer invalidisierenden Gesundheitsschädigung erfüllt sind (vgl. E. 2.3.3 hiavor), zumal sich in den vorliegenden Arztberichten keinerlei Hinweise auf Ausschlussgründe (vgl. E. 2.3.2 hiavor) ergeben.

3.5.1 In der Kategorie "funktioneller Schweregrad" ist zwischen den Komplexen "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -

resistenz sowie Komorbiditäten), "Persönlichkeit" und "Sozialer Kontext" zu unterscheiden:

Obschon vorliegend durchgehend eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden ist (vgl. E. 3.3 hiervor), ist doch – namentlich während der (teil-)stationären Aufenthalte in der Klinik C._____ – eine kontinuierliche Besserung eingetreten. Beim erstmaligen (stationären) Eintritt am 14. Mai 2015 wirkte die Beschwerdeführerin im Kontakt zerbrechlich und weinte. Gedächtnis und Konzentration waren subjektiv stark beeinträchtigt. Im formalen Denken war sie eingeengt auf die Krisensituation, ansonsten kohärent. Es kam zu einschliessenden Bildern der Misshandlungssituation mit hoher affektiver Beteiligung und zu Panikattacken in sozialen Situationen. Im Affekt war sie dünnhäutig, niedergestimmt und ängstlich; sie berichtete über erhöhte Schreckhaftigkeit. Die Schwingungsfähigkeit war mittelgradig eingeschränkt, der Antrieb stark vermindert und die Psychomotorik unruhig. Sie litt unter Ein- und Durchschlafstörungen, hatte massive Alpträume und schreckte aus dem Schlaf auf. Es fand ein sozialer Rückzug statt (AB 31/2 f.). Beim Austritt am 12. Juni 2015 war die Beschwerdeführerin im Kontakt offen und zugewandt, das Bewusstsein war qualitativ und quantitativ erhalten, die Aufmerksamkeit intakt und das Gedächtnis und die Konzentration unauffällig. Im formalen Denken wirkte sie kohärent, im Affekt euthym und zuversichtlich. Der affektive Rapport war gut herstellbar, die Schwingungsfähigkeit war erhalten, der Antrieb war unauffällig und sowohl Psychomotorik als auch Sprache waren unauffällig. Der Schlaf hat sich unter Medikation und therapeutischen Massnahmen gebessert (AB 31/4). Beim weiteren (teilstationären) Eintritt am 17. Mai 2016 litt sie subjektiv noch an Konzentrationsstörungen und die Schwingungsfähigkeit lag im unteren bis mittleren Skalenbereich, wobei innere Unruhe und auch zurückgehaltene Trauer spürbar waren. Nach wie vor bestanden Durchschlafstörungen, die sich jedoch unter Seroquel gebessert haben (AB 50/3). Beim Austritt am 15. Juli 2016 haben die Konzentrationsstörungen etwas nachgelassen und die Beschwerdeführerin wirkte aufgehellter, stabiler sowie zuversichtlicher. Der Schlaf hat sich deutlich gebessert (AB 50/4). Diese psychopathologischen Befunde zeigen ganz klar eine Tendenz in Richtung eines leichten depressiven Geschehens bzw. einer Remission des depressiven Geschehens. Kommt hinzu, dass in den Arzt-

berichten eine Vielzahl psychosozialer Belastungsfaktoren (vgl. E. 2.4.1 und 3.4.1 hiervor) aufgeführt werden, so die Arbeitsplatzproblematik und partnerschaftliche Konflikte. Zudem sieht die Beschwerdeführerin aktuell ihre Gesundheit selber aufgrund der "belastenden Situation" mit der Beschwerdegegnerin und finanzieller Umstände beeinträchtigt (Beschwerde, S. 2 Ziff. 6 und 8). Die zeitliche Übereinstimmung hinsichtlich der Entstehung der Beschwerden mit den schwierigen beruflichen und persönlichen Ereignissen weist auf ein reaktives Geschehen hin, weshalb unter Ausklammerung der psychosozialen Faktoren (vgl. E. 2.4.1 hiervor) lediglich von einem geringen Schweregrad der Störung ausgegangen werden muss. Selbst unter Berücksichtigung der erwähnten psychosozialen Belastungsfaktoren erwies und erweist sich die psychische Störung als therapeutisch angebar. So hat sich das Zustandsbild, wie soeben ausgeführt, insbesondere anlässlich des stationären Aufenthalts vom 14. Mai bis 12. Juni 2015 in der Klinik C. _____ fortlaufend und nachhaltig gebessert, sodass die Beschwerdeführerin in deutlich gebessertem Zustandsbild entlassen werden konnte (AB 31/4 oben). Mit Blick auf den bevorstehenden Klinikeintritt ging denn auch prakt. Arzt B. _____ von einem besserungsfähigen Zustand des seit Juni 2014 bestehenden depressiven Geschehens aus (Bericht vom 19. Mai 2015; AB 25); unklar ist, warum mit dieser Massnahme derart lange zugewartet worden ist. Die teilstationäre Behandlung 2016 scheint dann etwas kurz ausgefallen zu sein, doch konnten auch da Behandlungserfolge erzielt werden; in Bezug auf die Themen "Umgang mit Stress" und "Selbstfürsorge" sei die Beschwerdeführerin aber weiterhin unterstützungsbedürftig (AB 50/4 oben). Sie wird denn auch entsprechend nachbehandelt (AB 50/4 unten; vgl. auch Beschwerde, S. 2 Ziff. 10). Schliesslich sind psychische oder somatische Komorbiditäten bzw. begleitende krankheitswertige Störungen, welche der Beschwerdeführerin Ressourcen rauben würden, nicht stark ausgeprägt. Der Verdacht auf eine ADHS-Problematik bestätigte sich nicht (vgl. E. 3.1.4 hiervor) und in Bezug auf die Insomnie ist eine deutliche Verbesserung eingetreten (vgl. E. 3.1.6 hiervor).

In Bezug auf die Persönlichkeit liegt gemäss Bericht der Klinik C. _____ vom 15. Juli 2016 (AB 50/2) eine Persönlichkeit mit perfektionistischen Zügen (AB 50/2) bzw. gemäss Dr. med. F. _____ eine akzentuierte Per-

sönlichkeit mit vorwiegend dependenten und zwanghaften Zügen (Bericht vom 31. August 2016; AB 58/1) vor, was sich allenfalls negativ auf die Ressourcen auswirkt. Positiv wirken sich die ausgeprägte Resilienz (Bericht der Klinik C. _____ vom 23. Juni 2015; AB 31/3) und die intellektuellen Ressourcen der Beschwerdeführerin aus, die sich ständig fort- und weiterbildete (Bericht von Dr. med. F. _____ vom 12. November 2015; AB 38/2).

Zum sozialen Kontext ist zu vermerken, dass die Beschwerdeführerin zwar alleine lebt, jedoch eine (gute und unterstützende) Partnerschaftsbeziehung pflegt und im selben Haus auch ihr (dementer) Onkel wohnt, zu dem sie eine sehr gute Beziehung hat und um den sie sich viel kümmert. Auch zu ihren Eltern und den beiden Brüdern besteht ein guter Kontakt. Sie hat die Weiterbildung zum ... mit einem sehr guten Ergebnis abgeschlossen und eine Weiterbildung zur ... ins Auge gefasst (AB 50/2 f.). Als protektiver Faktor nennt sie auch den Garten (AB 31/3 oben). Damit kann die Beschwerdeführerin auf gute soziale und persönliche Ressourcen im Umgang mit ihrer Erkrankung zurückgreifen.

3.5.2 Was die Kategorie Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303) betrifft, stellt sich die Frage nach einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist: Wie bereits erwähnt hat die Beschwerdeführerin die Weiterbildung zum ... mit einem sehr guten Ergebnis abgeschlossen und eine Weiterbildung zur ... ins Auge gefasst. Zudem hat sie den Einstieg in ihre selbstständige Erwerbstätigkeit als ... aufgegleist (AB 50/2 f.); im Handelsregister wurde das (aktive) Einzelunternehmen ... am 30. Mai 2016 eingetragen (SHAB ...). Daneben kümmert sie sich intensiv um ihren dementen Onkel (AB 50/2 unten) und unterhält nebst dem Haushalt einen Garten (AB 31/3 oben). Dieses Verhalten steht im Gegensatz zu der anhaltenden Krankschreibung (vgl. Beschwerde, S. 1 Ziff. 2).

3.5.3 Zusammenfassend liegt nach Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren in psychischer Hinsicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden bzw. keine Invalidität im Rechtssinne vor. Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Die angefochtene Verfügung vom 4. Ja-

nuar 2017 (AB 64) erweist sich daher als rechters, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Es 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 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.