

200 17 320 IV
ACT/JAP/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 2. August 2017

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Februar 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1962 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 28. Juli 2014 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Diese stellte bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 4 % die Abweisung des Leistungsgesuchs hinsichtlich einer Invalidenrente in Aussicht (AB 63). Nach erhobenem Einwand (AB 68) verneinte die IVB mit Verfügung vom 20. Februar 2017 (AB 70) entsprechend dem Vorbescheid einen Rentenanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 23. März 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und ihr sei eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 27. April 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom

11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Verfügungen. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 20. Februar 2017 (AB 70). Streitig und zu prüfen ist Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss

teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

2.3 Liegt eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor, sind die Grundsätze von BGE 141 V 281 zu beachten, wobei diese auch für vergleichbare Beschwerden gelten, denn aus Gründen der Rechtssicherheit ist es geboten, sämtliche psychosomatischen Leiden den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 141 V 281 E. 4.2 S. 298, 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283). Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein solcher Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). 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 beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.4 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.

2.5 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 Mit Ausnahme der von der Beschwerdegegnerin als nicht ausgewiesen erachteten Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; vgl. E. 3.3.1 hiernach; AB 70/1) basiert die angefochtene Verfügung vom 20. Februar 2017 (AB 70) in medizinischer Hinsicht auf dem polydisziplinären Gutachten der C._____ AG (MEDAS) vom 24. November 2016 (AB 61.1). Darin wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vermerkt (AB 61.1/24):

1. Chronisches, zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit leichter Osteochondrose C5/6 und unspezifischer Brachialgie links bei regel-

- rechter C6/7-Halswirbelkörper-Prothese (Operation im Jahr 2006) und fehlender Radikulopathie (ICD-10: M54.2)
 - Schmerzsyndrom myofaszial und degenerativ bedingt
 - Status nach Dekompression, Sequestrektomie und Diskusprothese der Halswirbelkörper 6/7 im Jahr 2006 bei zervikoradikulären Schmerzen C7 links
- 2. Mittelgradige depressive Episode mit familiärer Belastungssituation (ICD-10: F32.1)
- 3. PTBS (ICD-10: F43.1)
 - mit dissoziativen Elementen bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit (ICD-10: Z61.4)

Die Gutachter attestierten für die bisherige Tätigkeit aus orthopädischen, rheumatologischen und psychiatrischen Gründen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Eine leidensangepasste Tätigkeit erachteten sie aus rheumatologischer Sicht für uneingeschränkt zumutbar, soweit das repetitive Heben von Gewichten über zehn Kilogramm sowie Zwangshaltungen mit dem Kopf in Reklination, in gebückter Haltung oder repetitive Drehbewegungen des Kopfes gemieden würden. Aus muskuloskelettaler Sicht sei eine physisch leichte abwechslungsreiche Arbeit mit einer maximalen Traglast von fünf bis intermittierend zehn Kilogramm mit Meidung von Überlastungen der HWS und guter Ergonomie der HWS zu 100 % möglich. Aus pneumologischer Sicht sei leichte bis mittelschwere körperliche Arbeit in geschützten gut belüfteten und beheizten Räumen möglich. Hingegen sei die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit nicht arbeitsplatzspezifisch und schliesse sämtliche berufliche Tätigkeiten aus (AB 61.1/35 f.).

3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. 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 aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchun-

gen 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 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

3.3 In somatischer Hinsicht erfüllen die polydisziplinäre Expertise vom 24. November 2016 (AB 61.1) sowie die entsprechenden rheumatologischen (AB 61.2), orthopädischen (AB 61.3), endokrinologischen (AB 61.4) und pneumologischen Teilgutachten (AB 61.5) die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und erbringen vollen Beweis. Die involvierten Gutachter hatten Kenntnis der wesentlichen Vorakten und gelangten anhand der durchgeführten klinischen Explorationen sowie der bildgebenden bzw. labortechnischen Zusatzuntersuchungen (AB 61.5/6, 61.7) zu nachvollziehbaren, differenzierten und überzeugenden Schlüssen. Damit ist erstellt, dass – trotz den organisch objektivierten HWS-Beschwerden und dem Asthma – aus somatischer Sicht in einer Verweisungstätigkeit unter Beachtung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht (AB 61.1/35 f.). Dies ist zwischen den Parteien denn auch zu Recht unbestritten. In psychiatrischer Hinsicht vermag die Expertise vom 24. November 2016 (AB 61) bzw. das Teilgutachten von Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. August 2015 (AB 61.6) hingegen nicht vollständig zu überzeugen.

3.4

3.4.1 Der psychiatrische Experte leitete die diagnostizierte PTBS (AB 61.1/24, 61.6/23) nicht nachvollziehbar her, sondern setzte sie gleichsam als gegeben voraus und beschäftigte sich allein ausführlich mit dem Schweregrad der Krankheit (AB 61.1/27 ff., 61.6/24 ff.). Wenngleich bei diesen Störungen des Kapitels F4 der ICD-10 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) nach fachmedizinischer Auffassung nicht die Diagnose, sondern die Beurteilung des Schweregrades die entscheidende Variable bei der Begutachtung sein soll, ist die nachvollziehbare Diagnosestellung allemal zwingend vorausgesetzt (vgl. KLAUS FOERSTER, Psychiatrische Begutachtung im Sozialrecht, in: VENZLAFF/FOERSTER, Psychiatrische

Begutachtung, 3. Aufl. 2000, S. 509). Hinzu kommt, dass die ICD-10 verlangt, dass die Störung innerhalb von sechs Monaten auftritt, während bei einer längeren Latenzzeit die klinischen Merkmale typisch sein müssen und keine andere Diagnose (wie beispielsweise eine depressive Episode) gestellt werden kann (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 208; vgl. BGE 142 V 342 E. 5.2.2 S. 347 mit Hinweisen). Vor diesem Hintergrund stellte die Beschwerdegegnerin die diagnostizierte PTBS angesichts der zwischen Trauma und psychischer Dekompensation liegenden Zeitspanne zu Recht in Frage (AB 70/3). Zwar lässt sich die PTBS-Diagnose nicht von vornherein allein aufgrund der Latenz verneinen (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 6. Juli 2017, 8C_73/2017, E. 6.5), umgekehrt kann die Diagnose aber auch nicht ohne weiteres als erstellt gelten, soweit es an einer plausiblen Begründung hierfür fehlt. Dr. med. D. _____ beschäftigte sich zu wenig mit der Tatsache, dass es der Beschwerdeführerin trotz den berichteten traumatischen Erlebnissen in der Kindheit bzw. Adoleszenz (AB 61.6/8) möglich war, die Matura nachzuholen (AB 61.6/11), danach eine anspruchsvolle Berufsbildung zu erlangen und alsdann jahrelang am gleichen Arbeitsplatz einer entsprechenden beruflichen Aktivität nachzugehen (AB 3, 5, 18, 61.6/11 f.). Wohl lieferten die behandelnden Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin bzw. für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie lic. phil. F. _____, Fachpsychologe für Psychotherapie, in ihrer Stellungnahme vom 6. März 2017 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 2) einen möglichen Erklärungsansatz (nämlich «Konsolidierungsphasen»), es wäre aber Aufgabe des zum Gutachter berufenen Dr. med. D. _____ gewesen, sich mit diesem Aspekt vertieft auseinanderzusetzen. Schliesslich diagnostizierte der psychiatrische Experte zusätzlich eine mittelgradige depressive Episode bei familiärer Belastungssituation (ICD-10: F32.1; AB 61.6/23), was in Bezug auf die PTBS – wie erwähnt – prinzipiell eine Ausschlussdiagnose darstellt; auch dazu fehlen Weiterungen.

3.4.2 Des Weiteren ist das psychiatrische Teilgutachten vom 21. August 2015 (AB 61.6) punktuell unvollständig. Mit der PTBS wurde ein

psychosomatisches Leiden diagnostiziert, auf welches die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze analog anwendbar sind (vgl. BGE 142 V 342). Nun berücksichtigte Dr. med. D. _____ zwar den mit der Praxisänderung von BGE 141 V 281 eingeführten normativen Prüfungsraster (vgl. AB 61.6/27 ff.; E. 2.3 hiervor), dies obwohl der Fragenkatalog (AB 24, 61.1/20 f. Ziff. II lit. C) noch auf der mittlerweile abgelösten Überwindbarkeitspraxis fusste (die Publikation des IV-Rundschreibens Nr. 339 mit einem entsprechend modifizierten Fragenkatalog erfolgte erst im September 2015). Insbesondere in Bezug auf den Komplex «Sozialer Kontext» sowie die Kategorie «Konsistenz» (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 bzw. E. 4.4 S. 303 f.) lassen die Angaben in der psychiatrischen Expertise (AB 61.6/29) aber keine sorgfältige Indikatorenprüfung durch die rechtsanwendenden Behörden zu. Gemäss den vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) als verbindlich erklärten (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 313) «Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung» der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) kommt der detaillierten Beschreibung eines üblichen Tagesablaufs durch den Versicherten besondere Bedeutung zu, da sich hieraus häufig Hinweise auf Interessen, Aktivitäten, Alltagsgewohnheiten und damit Potential und Ressourcen, jedoch auch Diskrepanzen zu anderen Angaben oder dem Verhalten in der Untersuchung ergeben (Ziff. 3 der Qualitätsleitlinien, abrufbar unter <www.psychiatrie.ch>, Rubrik SGPP/Direktzugriff/Qualität). Freizeitgestaltung, Hobbies (Malen, Spaziergehen, Pilze sammeln, Lesen), Sport (Schwimmen, Hometrainer) und Vereinstätigkeiten (Christliche Gemeinde) wurden nur rudimentär und Ferienreisen überhaupt nicht erfragt (AB 61.6/14). Immerhin ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die Explo-randin nebst der Beiständin sowie der psychiatrischen Spitex Unterstützung durch wenige, aber gute Freundinnen erfährt, welche sie zur Begutachtung fahren oder beim Umzug helfen (AB 61.6/14 f.). Ein typischer Tagesablauf wurde hingegen nicht spezifisch nachgezeichnet, womit auch nicht klar ist, wie die Beschwerdeführerin ihre ADL (Activities of Daily Living) organisiert.

3.4.3 Schliesslich ist der Verlauf seit der psychiatrischen Exploration vom 21. August 2015 (AB 61.6) bis zur angefochtenen Verfügung vom 20. Februar 2017 (AB 70), die grundsätzlich den zeitlichen

Überprüfungshorizont markiert (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140), in den medizinischen Akten nicht hinreichend dokumentiert. Der undatierte (am 18. Februar 2016 eingelangte) Bericht über die stationäre Behandlung im Spital G._____ vom 17. September bis 22. Dezember 2015 (AB 53) ist wenig aussagekräftig und über die psychiatrisch-psychotherapeutische Nachbetreuung durch Dr. med. E._____ sowie lic. phil. F._____ (AB 53/3 Ziff. 10) ist der Stellungnahme vom 6. März 2017 (BB 2) nichts Konkretes zu entnehmen.

3.4.4 Nach dem Dargelegten erweist sich das Gutachten von Dr. med. D._____ vom 21. August 2015 (AB 61.6) als punktuell ergänzungsbedürftig, was die Beweiskraft der übrigen MEDAS-Teilgutachten grundsätzlich nicht beschlägt (vgl. Entscheid des BGer vom 21. März 2017, 8C_747/2016, E. 2.2.4 [zur Publikation vorgesehen]). Bei dieser Ausgangslage ist die Sache in Gutheissung der Beschwerde (zulässigerweise [BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f.]) an die Verwaltung zurückzuweisen, damit sie in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) in Bezug auf die aufgezeigten unklaren Punkte eine Präzisierung bzw. Ergänzung des psychiatrischen MEDAS-Teilgutachtens veranlasst. Hierzu wird in einem ersten Schritt bei den behandelnden Therapeuten ein Verlaufsbericht einzuholen sein. Alsdann wird der Gutachter die für die Indikatorenprüfung notwendigen Informationen und dabei insbesondere die detaillierten ADL vorderhand durch eine gezielte Nachfrage bei der Beschwerdeführerin (sowie allenfalls durch zusätzliche Fremdanamnesen) zu erheben und in Kenntnis der vervollständigten Aktenlage eine nachvollziehbare diagnostische Beurteilung abzugeben haben. Auf Grundlage dieser Abklärungen wird er schliesslich erneut zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen haben, wobei er sich auch mit der diesbezüglichen Selbsteinschätzung der Explorandin (AB 61.6/15 f.) auseinandersetzen haben wird. Damit erübrigt sich beim derzeitigen Verfahrensstand das Einholen eines Gerichtsgutachtens. Sollte das ergänzte Teilgutachten beweisrechtlich weiterhin nicht vollständig überzeugen, hätte die Beschwerdegegnerin eine psychiatrische Neubegutachtung bei einem mit der Sache noch nicht befassten Experten zu veranlassen.

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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Angesichts ihres Unterliegens hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die Parteikosten zu ersetzen. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

In der Kostennote vom 5. Mai 2017 hat Rechtsanwältin B. _____ ein Honorar von Fr. 2'790.-- sowie Auslagen von Fr. 46.30 und die Mehrwertsteuer von Fr. 226.90 geltend gemacht, was nicht zu beanstanden ist. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 3'063.20 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 20. Februar 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete

Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'063.20 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin 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.