

200 18 956 IV
FUE/SCM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 19. Juni 2019

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. November 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1966 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), angelernte ... und zuletzt vom 1. April 2009 bis 29. Februar 2016 als ... im C._____ in ... mit einem Vollzeitpensum erwerbstätig, meldete sich am 30. Oktober 2015 unter Hinweis auf Schwindel, Kopfschmerzen und Konzentrationsschwierigkeiten bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilagen [AB] 4/2, 7, 13, 23/1). Im Rahmen der erwerblichen und medizinischen Abklärungen veranlasste die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) insbesondere ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten vom 17. November 2017 (AB 84.1). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 88, 90, 96-97) samt Einholung zweier Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 19. März 2018 (AB 99) und 11. September 2018 (AB 111) sprach die IVB der Versicherten mit Verfügung vom 12. November 2018 (AB 115) bei einem Invaliditätsgrad von 45 % eine vom 1. Juni bis 30. November 2016 befristete Viertelsrente zu und verneinte für die Folgezeit einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Invaliditätsgrad von 34 % [ab 1. September 2016] bzw. 17 % [ab 1. Januar 2017]).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 17. Dezember 2018 Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung vom 12. November 2018 sei aufzuheben und die Sache sei zur Neuurteilung bzw. zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 25. Januar 2019 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Nichteintreten auf die Beschwerde, eventualiter auf deren Abweisung (vgl. hierzu auch prozessleitende Verfügung vom 18. Dezember 2018, Ziff. 4).

Am 30. Januar 2019 liess die D._____ AG dem Gericht das Original der angefochtenen Verfügung samt Eingangsstempel sowie ein weiteres an die Beschwerdeführerin gerichtetes Schreiben vom 16. November 2018 zukommen (vgl. prozessleitende Verfügung vom 29. Januar 2019, Ziff. 2).

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 12. November 2018 (AB 115). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen

Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Streitig und zu prüfen ist demnach der Anspruch auf eine Invalidenrente, unter Einschluss der vom 1. Juni bis 30. November 2016 befristet zugesprochenen Viertelsrente.

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). 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). 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, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3 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.

2.4 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht erging die angefochtene Verfügung vom 12. November 2018 (AB 115) massgeblich gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und F. _____, Facharzt für Neurologie, vom 17. November 2017 (AB 84.1).

Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.41, anamnestisch) und eine emotional instabile organisch bedingte Problematik (ICD-10 F06.6; vgl. auch AB 84.1/21 Ziff. 9a), aus welchen seit dem Untersuchungsdatum (13. November 2017 [AB 84.1/1]) in einer den somatischen Einschränkungen (siehe sogleich) angepassten Tätigkeit eine 30%ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit resultiere (Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %). Die Beeinträchtigung auf funktioneller Ebene sei hauptsächlich in der generalisierten Angststörung begründet. Die Beschwerdeführerin brauche einen wohlwollenden Arbeitgeber, der Rücksicht auf ihre Ängste, Unsicherheit und Stressintoleranz im Rahmen der generalisierten Angststörung nehmen könne, was praktisch einer Nischenarbeitstätigkeit entspreche (AB 84.1/29). Von einer psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlung könne noch eine weitere Verbesserung erwartet werden, insbesondere in Bezug auf die Ängstlichkeit und Verunsicherung nach der Hirnblutung

(AB 84.1/27). Wiedereingliederungsmassnahmen seien im Rahmen des oben beschriebenen Rendements von 70 % zumutbar (AB 84.1/29).

Aus neurologischer Sicht bestehe diagnostisch ein Zustand nach Subarachnoidalblutung Hunt & Hess Grad II am 24. Juni 2015, Coiling des Aneurysmas am 25. Juni 2015 (vgl. AB 9/10-12) sowie mikrochirurgischem Clipping des Aneurysmas am 14. Dezember 2015 (vgl. AB 28/2) mit residuell Cephalaea, Fatigue, leichten kognitiven Störungen und Hyposmie. Zudem liege ein Zustand nach Discushernie HWK 5/6 vor, operiert am 20. Mai 2016 (vgl. AB 57/10-11). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine ausgeprägte Verdeutlichungstendenz bzw. Aggravation im Rahmen der verhaltensneurologischen Untersuchung (vgl. auch AB 84.1/14 Ziff. 6). In der angestammten Tätigkeit als ... in einer ... oder aber auch im ... bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Es sei anzunehmen, dass derartige Tätigkeiten in einem Umfeld mit hoher Reizdichte die Explorandin überforderten. In anderen den Beschwerden angepassten Tätigkeiten, in einem ruhigen Umfeld, ohne mehr als leichte bis mässige Belastung von Schultergürtel und Körperachse, ohne erhöhte Anforderung, die geteilte Aufmerksamkeit auf Dauer aufrechtzuerhalten, sei ab 1. April 2016 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ab dem 1. September 2016 gehe der neurologische Gutachter von einer 60%igen und ab 1. Januar 2017 von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit in einer derartigen Tätigkeit aus. Die Beeinträchtigung von 25 % ergebe sich aus der Annahme intermittierend auftretender Kopfschmerzexacerbationen sowie einer Fatigue.

Im Rahmen der Konsensbesprechung kamen die Experten nach eingehender Diskussion zum Schluss, dass die psychiatrische Beurteilung hinsichtlich Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgebend sei (AB 84.1/30).

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 anzuge-

ben, 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 Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ vom 17. November 2017 (AB 84.1) erfüllt die von der höchstichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen, weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. E. 3.2 hiavor). Die Fachärzte haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf die neurologisch-psychiatrische Untersuchung und die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten Kenntnis der Vorakten, würdigten die ihnen zur Verfügung stehenden Informationen einlässlich und nahmen auch zu abweichenden Beurteilungen angemessene Stellung. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet.

3.3.1 In somatischer Hinsicht legte der neurologische Gutachter nachvollziehbar und einleuchtend dar, dass die anamnestischen Angaben zur Intensität der geklagten Kopfschmerzen (AB 84.1/9, 84.1/14) aufgrund des Verhaltens im Rahmen der verhaltensneurologischen Untersuchung sowie der auffälligen Diskrepanz zwischen den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (im Untersuchungszeitpunkt VAS [visuelle Analogskala] 6-7 [AB 84.1/12, 84.1/15]) und der gehobenen bis fröhlichen Stim-

mung (ohne ein die Schmerzen begleitender Affekt, ohne psychomotorische Unruhe oder allfällige vegetative Hinweise [AB 84.1/15]) erheblich relativiert wurden. Dadurch ebenfalls als relativiert erachtete der Experte das Ausmass der geklagten Fatigue (AB 84.1/16). Nebst dem Umstand, dass die zwei separat durchgeführten Validierungsverfahren auf einen ungenügenden Effort hinwiesen (AB 84.1/13), fiel der Untersuchungsbefund deutlich diskrepanz zu Voruntersuchungen aus mit formal mässig- bis mittelstark ausgeprägten kognitiven Beeinträchtigungen, wobei die erwähnten Voruntersuchungen nur diskrete Ausfälle bzw. Aufmerksamkeitschwächen bei ansonsten durchschnittlichem neurokognitivem Leistungsprofil belegten (AB 84.1/15-16). Der Experte fand im Verlauf jedoch keinen Grund, der eine derartige Verschlechterung erklären würde. Als wahrscheinliche Folge der Gehirnblutung bestehen nach Beurteilung des somatischen Gutachters noch, wie anlässlich zweier neuropsychologischer Untersuchungen im Spital H. _____ (24. Juli 2015 [vgl. AB 21.2/7-9] und 30. Juni 2016 [vgl. AB 84.1/15]) festgestellt, diskrete kognitive Beeinträchtigungen mit in diesem Rahmen vermutlich auch leichter bis höchstens mässig ausgeprägter Fatigue sowie einer leicht bis höchstens mässig ausgeprägten Cephalaea. Die erwähnten Beschwerden und Beeinträchtigungen schränken die Beschwerdeführerin nicht nur in der Arbeitstätigkeit, sondern auch in sämtlichen anderen Arbeitsbereichen wie Haushalt und Familie ein (AB 84.1/16). Gestützt auf die Darlegungen des neurologischen Experten überzeugt, dass die bisherige Tätigkeit als ... aufgrund der durch ein Umfeld mit hoher Reizdichte resultierenden Überforderung nicht mehr zumutbar ist, jedoch für eine angepasste Tätigkeit in einem ruhigen Umfeld, ohne mehr als leichte bis mässige Belastung von Schultergürtel und Körperachse, ohne erhöhte Anforderungen und ohne die geteilte Aufmerksamkeit auf Dauer aufrechtzuerhalten, eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 % ab 1. April 2016, 60 % ab 1. September 2016 und 75 % ab 1. Januar 2017 besteht (AB 84.1/16).

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, aufgrund der mehrfach geschilderten Gleichgewichtsproblematik, des Schwindels sowie der Ohrengeräusche hätte auch eine Untersuchung im Bereich Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (ORL) vorgenommen werden müssen (Beschwerde S. 5-6), kann ihr nicht gefolgt werden. Rechtsprechungsgemäss liegt es im Ermes-

sen der Gutachter, die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen zu bestimmen; mithin entscheiden sie, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist oder nicht (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. Januar 2015, 8C_277/2014, E. 5.2). Dass hierzu Anlass bestanden hätte, vermag die Beschwerdeführerin nicht darzutun (vgl. auch die Einschätzungen des RAD [AB 99/3-4, 111/3]) und wurde von den Experten auch nicht gefordert. Hinsichtlich der von Dr. med. G._____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, am 19. Februar 2018 empfohlenen Abklärung der von der Beschwerdeführerin geäusserten Schwindelbeschwerden ist zu beachten, dass diese zuletzt Ende Dezember 2016 angegeben wurden sowie der Behandler die Beschwerdeführerin letztmals am 25. August 2017 gesehen hat und über den weiteren Verlauf und die Entwicklung nicht orientiert wurde (AB 97/3). Folglich kann dessen Einschätzung nicht mehr als aktuell bezeichnet werden. Ferner wurde im Bericht des Spitals H._____ vom 5. Juni 2018 (AB 109/2) keine Gleichgewichts- bzw. Schwindelsymptomatik (mehr) thematisiert und die Ärzte erachteten weitere diesbezügliche Untersuchungen offenbar nicht als indiziert, da sie festhielten, dass bei ihrer Abteilung keine weiteren Kontrollen mehr vorgesehen seien. Schliesslich ging der psychiatrische Gutachter davon aus, dass die Beschwerden (Trümmelgefühle, Schwindel) im Rahmen der generalisierten Angststörung zu werten seien (AB 84.1/22 bzw. E. 3.3.2 hiernach), womit auch aus diesem Grund keine weiteren (somatischen) Abklärungen notwendig erscheinen.

3.3.2 Der psychiatrische Gutachter legte gestützt auf die Untersuchungsbefunde sowie die Angaben der Beschwerdeführerin schlüssig und nachvollziehbar dar, weshalb er die Diagnose einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) stellte. Namentlich rapportierte er zu den Symptomen, die Beschwerdeführerin sei dauernd nervös und unruhig, sie könne gemäss eigenen Angaben kaum sitzen oder längere Zeit Radio hören, habe Angst vor Wasser, als Beifahrerin im Auto, als Passagierin im Zug, habe Angst, wenn ihr Sohn nahe an einer Brüstung stehe, und unter vielen Leuten, leide unter einer dauernden Angst über ein zukünftiges Unglück, insbesondere ängstige sie sich vor einem erneuten Hirninfarkt, obwohl ihr wiederholt mitgeteilt worden sei, dass die Gefahr klein sei. Zudem leide sie an vegetativen Symptomen wie Trümmelgefühlen, Schwindel, einer mus-

kulären Anspannung mit entsprechenden Schmerzen und einer andauernden körperlichen Unruhe sowie Schlafstörungen (AB 84.1/22). Entgegen der Auffassung der RAD-Ärztin Dr. med. J. _____, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, welche die Diagnose einer generalisierten Angststörung in ihrer Stellungnahme vom 19. März 2018 als nur schwerlich nachvollziehbar bezeichnete, ohne jedoch einen schlüssigen Grund für ihre Kritik zu nennen (AB 99/3), sind die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters einlässlich begründet und seine Beurteilung lässt sich ohne weiteres mit den diagnostischen Leitlinien in Übereinstimmung bringen, stellte er doch sämtliche drei Einzelsymptome der generalisierten Angststörung fest (Befürchtungen [1], motorische Spannung [2], vegetative Übererregbarkeit [3]; vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 198-199). Folglich zielt der Einwand der Beschwerdeführerin, das Gutachten sei nicht schlüssig, ins Leere (vgl. Beschwerde S. 5). Weiter wurde die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41 [AB 84.1/21 Ziff. 9a]) sowie die in Wechselwirkung zur Angsterkrankung stehende Diagnose einer organisch emotional instabilen Störung (ICD-10 F06.6 [AB 84.1/21 Ziff. 9a]) schlüssig und nachvollziehbar hergeleitet (vgl. AB 84.1/22-23; vgl. auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 99 und 233-234).

Auch die Rüge, der Gutachter habe sich nur unzureichend mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt und nicht begründet, weshalb er von deren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgewichen sei (Beschwerde S. 5), verfängt nicht. Der psychiatrische Experte hat zu den von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen, insbesondere zur mittelgradigen depressiven Episode, sehr wohl Stellung genommen (vgl. AB 84.1/23-24, 84.1/30). Namentlich hat er dargelegt, dass der behandelnde Dr. med. K. _____ diese Diagnose nicht ausführlich und damit nicht nachvollziehbar begründet habe (AB 84.1/24 Ziff. 11, 84.1/30) und für die daraus abgeleitete vollständige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit die Argumente fehlten (AB 84.1/24 Ziff. 11). Tatsächlich fielen die Angaben des Behandlers zum Befund äusserst spärlich aus (AB 47/3 Ziff. 1.4, 58/2 Ziff. 6). Unter diesen Umständen überzeugt, dass der Gutachter in retro-

spektiver Hinsicht der Einschätzung des behandelnden Facharztes, wonach eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe (AB 47/4 Ziff. 1.7, 58/3 Ziff. 11), nicht gefolgt ist. Darüber hinaus stellte der Experte nicht grundsätzlich in Abrede, dass in der Zeit vor der Begutachtung eine depressive Symptomatik vorhanden gewesen ist, hat er doch als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Episode zurzeit remittiert (ICD-10 F33.4 mit evtl. organischen Anteilen) festgehalten (AB 84.1/21 Ziff. 9b). Ebenfalls auseinandergesetzt hat sich der Spezialist mit dem Austrittsbericht des Spitals H. _____ vom 8. Dezember 2017 (AB 87), wobei er gleichermassen zutreffend feststellte, eine nähere Begründung für die Diagnosestellung fehle (AB 84.1/29; nota bene fehlt im genannten Austrittsbericht eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit). Weiter hat der Gutachter anhand der klassifikatorischen Vorgaben für den Rechtsanwender nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, weshalb er keine Depression feststellen konnte, hat er doch das Vorliegen von sämtlichen drei typischen Symptomen einer depressiven Episode ausgeschlossen (AB 84.1/23; vgl. dazu DILLING/MOM-BOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 169 [gedrückte Stimmung, Interessenverlust und Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs und erhöhte Ermüdbarkeit]), wobei für das Stellen der Diagnose einer leichten depressiven Episode mindestens zwei dieser drei Symptome vorliegen müssten (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 172).

Schliesslich finden sich in dem nach der Begutachtung erstellten Austrittsbericht der Rehaklinik I. _____ vom 27. Januar 2017 (richtig: 2018) über die stationäre Rehabilitation vom 14. November 2017 bis 27. Januar 2018, in welchem eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, teilremittiert (ICD-19 F32.2), postuliert wurde (AB 96/15), keine Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, Entscheid des BGer vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1). Darüber hinaus ist festzustellen, dass der Klinik- eintritt am 14. November 2017 und damit einen Tag nach der gutachterlichen Untersuchung (vgl. AB 84.1/1) stattfand und es in keiner Art und Weise nachvollziehbar ist, dass sich der psychische Gesundheitszustand innerhalb eines Tages von einer remittierten depressiven Episode (AB 84.1/21 Ziff. 9b) zu einer lediglich teilweise remittierten schweren depressiven Episode (AB 96/15) entwickelt haben sollte (vgl. hierzu auch Be-

richt des RAD vom 19. März 2018 [AB 99/3]). Es kommt hinzu, dass die den Austrittsbericht unterzeichnenden Ärzte im eidgenössischen Medizinalberuferegister nicht mit einem psychiatrischen Facharztstitel verzeichnet sind (vgl. www.medregom.admin.ch). Rechtsprechungsgemäss kann eine fachärztliche Beurteilung zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit – wie sie mit dem Gutachten hier vorliegt – grundsätzlich nur gestützt auf eine ebenfalls fachärztliche abweichende Beurteilung entkräftet werden (vgl. Entscheid des BGer vom 6. Oktober 2014, 9C_139/2014, E. 5.2). Abgesehen davon lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets infrage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

3.4 Zusammenfassend wurde der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin hinreichend abgeklärt, so dass sich die beschwerdeweise beantragten weiteren Sachverhaltserhebungen erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung [vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2]).

Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung lediglich die vom somatischen Experten attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt, währenddem sie die psychiatrischen Beschwerden nicht als invalidisierenden Gesundheitsschaden qualifizierte und die entsprechende Arbeitsunfähigkeit ausser Acht liess (AB 115/5). Die Beschwerdeführerin rügt, dieses Vorgehen sei weder begründbar noch stichhaltig (Beschwerde S. 6). Letztlich muss hier die Frage, ob die psychiatrischerseits attestierte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit auch in rechtlicher Hinsicht Bestand hat, nicht mittels Indikatorenprüfung (E. 2.2 hiervor) geklärt werden. Denn selbst wenn zu Gunsten der Beschwerdeführerin ab 13. November 2017 sowie auch für die Zeit davor, weil der Experte in retrospektiver Hinsicht der vom Behandler attestierten (höheren) Arbeitsunfähigkeit nicht folgen konnte (AB 84.1/24 Ziff. 11), von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von (lediglich) 70 % (AB 84.1/29) ausgegangen würde, änderte am Ergebnis nichts,

wie der nachfolgende Einkommensvergleich zeigt (vgl. insbesondere E. 4.7).

4.

4.1 Der Invaliditätsgrad ist für die verschiedenen Zeitabschnitte nach Massgabe der folgenden medizinischen Grundlagen zu bestimmen: Seit der Subarachnoidalblutung am 24. Juni 2015 ist der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar. Hingegen besteht in einer den somatischen Einschränkungen angepassten Tätigkeit (ruhiges Umfeld, ohne mehr als leichte bis mässige Belastung von Schultergürtel und Körperachse, ohne erhöhte Anforderung, die geteilte Aufmerksamkeit auf Dauer aufrechtzuerhalten) seit 1. April 2016 eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 %, seit 1. September 2016 von 60 % und seit 1. Januar 2017 von 75 % (AB 84.1/30). Die am 20. Mai 2016 durchgeführte Mikrodiskektomie und Titan-Cage-Implantation HWK 5/6 (vgl. AB 57/10-11) führte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429, 138 V 218 E. 6 S. 221) lediglich vorübergehend zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, verlief der bis 24. Mai 2016 dauernde stationäre Aufenthalt im Spital H. _____ doch komplikationslos (AB 57/11) und hielten dessen Ärzte im Bericht vom 19. Juli 2016 zur Kontrolle vom 14. Juli 2016 (AB 42/2-3) fest, die präoperativen Beschwerden seien vollständig regredient. Atteste, wonach entgegen dem Gesagten eine längerdauernde (vollständige) Arbeitsunfähigkeit bestanden hätte, bestehen keine. Damit im Einklang steht, dass sich der Gutachter an keiner Stelle zu einer aus diesem Eingriff – allenfalls über einen längeren Zeitraum – resultierenden Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit äusserte. Folglich hat im Zeitpunkt des Ablaufs der einjährigen Frist gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG am 23. Juni 2016 das gutachterliche Zumutbarkeitsprofil Gültigkeit. Seit 13. November 2017 ist in einer sowohl aus neurologischer (siehe soeben ausgeführtes Zumutbarkeitsprofil) als auch aus psychiatrischer Sicht angepassten Tätigkeit (wohlwollender Arbeitgeber, der Rücksicht auf die Ängste, die Unsicherheit und die Stressintoleranz im Rahmen der generalisiereten Angststörung nimmt) von einer psychiatrischerseits attestierten Arbeits-

und Leistungsfähigkeit im Umfang von 70 % auszugehen (vgl. aber E. 3.4 in fine hiavor).

4.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

4.3 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.4 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Ein-

schränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

4.5 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Die Beschwerdeführerin ist seit der Subarachnoidalblutung am 24. Juni 2015 in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (vgl. AB 9/10-12, 84.1/29-30) und sie meldete sich am 30. Oktober 2015 zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an (AB 7). In Anwendung von Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG fällt der frühestmögliche Rentenbeginn somit auf Juni 2016. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der (erste) Einkommensvergleich vorzunehmen.

4.6

4.6.1 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die effektiven Lohnangaben der ehemaligen Arbeitgeberin für das Jahr 2015 (vgl. AB 12, wonach ein Einkommen von monatlich Fr. 4'084.04 erzielt worden sei [$x 12 = \text{Fr. } 49'008.48$]) und ermittelte indexiert auf das Jahr 2016 hin einen Betrag von Fr. 49'430.-- (AB 115/5). Die Anknüpfung am zuletzt erzielten Lohn ist nicht zu beanstanden, da die Beschwerdeführerin die zuletzt ausgeübte Tätigkeit überwiegend wahrscheinlich (vgl. zum Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429, 138 V 218 E. 6 S. 221) aus gesundheitlichen Gründen verlor (vgl. AB 23/1, 84.1/20).

4.6.2 Weil die Beschwerdeführerin bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen anhand statistischer Werte zu bestimmen. Gemäss der Tabelle TA1 der LSE 2016 beträgt der massgebliche monatliche Bruttolohn (Total, Frauen, Kompetenzniveau 1 [einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art]) Fr. 4'363.--. Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit im Jahr 2016 von 41.7 Stunden (abrufbar unter www.bfs.admin.ch) ergibt dies unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von 50 % (vgl. E. 4.1 hiervor) ein jährliches Einkommen von Fr. 27'290.55 (Fr. 4'363.-- x 12 / 40 x 41.7 x 0.5).

Dass die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen hat (vgl. AB 115/5), ist nicht zu beanstanden. Bei Zumutbarkeit von leichten und mittelschweren Tätigkeiten (aus neurologischer Sicht angepasste Tätigkeit in einem ruhigen Umfeld, ohne mehr als leichte bis mässige Belastung von Schultergürtel und Körperachse, ohne erhöhte Anforderung, die geteilte Aufmerksamkeit auf Dauer aufrechtzuerhalten [AB 84.1/30]) ist grundsätzlich auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Abzug gerechtfertigt, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl solcher Tätigkeiten umfasst (vgl. Entscheid des BGer vom 8. Januar 2019, 8C_334/2018, E. 5.2.2). Den Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin wurde bereits mit dem gewählten Kompetenzniveau 1 und der um 50 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit umfassend Rechnung getragen. Weitere qualitative Einschränkungen sind nicht ersichtlich. Insbesondere stellt der Umstand, dass eine versicherte Person eines besonders verständnisvollen Arbeitgebers bedarf (aus psychiatrischer Sicht ist ab 13. November 2017 ein wohlwollender Arbeitgeber, der Rücksicht auf die Ängste, die Unsicherheit und die Stressintoleranz im Rahmen der generalisierten Angststörung nimmt, gefordert [AB 84.1/29]) grundsätzlich ebenfalls kein lohnminderndes Kriterium dar (Entscheid des BGer vom 2. Juli 2018, 9C_15/2018, E. 4.4; siehe hierzu auch E. 4.7 hiernach). Ferner kommt dem Alter im Zusammenhang mit dem Leidensabzug nur beschränkte Bedeutung zu, denn dieses wirkt sich bei einfachen Tätigkeiten ohnehin nicht lohnmindernd aus, werden Hilfsarbeiten doch grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt (vgl. Entscheid des BGer vom 1. Februar 2018,

8C_558/2017, E. 5.3.2). Schliesslich ist gemäss der gestützt auf die LSE 2016 erstellten Tabelle T18 zu den nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht differenzierten monatlichen Durchschnittsbruttolöhnen bei Frauen ohne Kaderfunktion in Bezug auf eine Teilzeitarbeit zwischen 50 % und 74 % nicht von einem proportional unterdurchschnittlichen Einkommen auszugehen, vielmehr fällt das Einkommen bei Teilzeit sogar höher aus (Teilzeit zwischen 50 % und 74 %: Fr. 5'888.--, Vollzeit: Fr. 5'466.--; so auch bei Teilzeit zwischen 75 % und 89 %: Fr. 6'028.--, vgl. hierzu die ab 1. Januar 2017 attestierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75 % [AB 84.1/30] bzw. E. 4.7 hiernach).

4.6.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 49'430.-- (E. 4.6.1 hiervor) und einem Invalideneinkommen von Fr. 27'290.55 (E. 4.6.2 hiervor) resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 22'139.45 und demnach ein Invaliditätsgrad von gerundet maximal 45 % ($\text{Fr. } 22'139.45 / \text{Fr. } 49'430.-- \times 100 = 44.78 \%$; zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Damit hat die Beschwerdeführerin ab 1. Juni 2016 Anspruch auf eine Viertelsrente der IV (vgl. E. 2.3 hiervor).

4.7 Ab 1. September 2016 ist mit der gutachterlich attestierten Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60 % (vgl. E. 4.1 hiervor) eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit ein Revisionsgrund eingetreten (E. 2.4 hiervor). Folglich ist ein weiterer Einkommensvergleich vorzunehmen.

Unter Heranziehung des vorstehend ermittelten Valideneinkommens für das Jahr 2016 (Fr. 49'430.-- [E. 4.6.1 hiervor]) sowie der Anpassung des herangezogenen Invalideneinkommens an eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von neu 60 % ($\text{Fr. } 4'363.-- \times 12 / 40 \times 41.7 \times 0.6 = \text{Fr. } 32'748.65$ [vgl. E. 4.6.2 hiervor]) ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 16'681.35 und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet maximal 34 % ($\text{Fr. } 16'681.35 / \text{Fr. } 49'430.-- \times 100 = 33.74 \%$). Die Beschwerdeführerin hat somit in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) ab 1. Dezember 2016 keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.3 hiervor). Bei diesem Ergebnis erübrigt sich mit Blick auf die per 1. Januar 2017 bzw. 13. No-

vember 2017 zusätzlich verbesserte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (75 % bzw. 70 % [vgl. E. 3.4 und 4.1 hiervor]) eine weitere Invaliditätsbemessung.

5.

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 12. November 2018 (AB 115) zu Recht eine vom 1. Juni bis 30. November 2016 befristete Viertelsrente zugesprochen. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.

6.1 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.

6.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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.