

200 19 204 IV  
SCP/REL/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 26. Juli 2019**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiberin Bischof

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Februar 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1964 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Mai 1993 unter Hinweis auf Schulter- und Armschmerzen erstmals bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; AB] 5.1 S. 51 ff.). Die IVB führte erwerbliche und medizinische Abklärungen durch und sprach der Versicherten eine ganze Invalidenrente (IV-Rente) bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 100 % ab dem 1. März 1993 zu (AB 5.1 S. 21 f.). Diese Rente wurde in den folgenden Jahren bei unveränderten gesundheitlichen Verhältnissen jeweils bestätigt (1996 [AB 5.1 S. 9], 1999 [S. 2], 2002 [AB 14], 2006 [AB 20], 2010 [AB 26]). Anlässlich einer weiteren Revision von Amtes wegen im Jahr 2013 wurden der Versicherten gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten vom 19. November 2013 (allgemein-internistisch/neurologisch/psychiatrisch/rheumatologisch [AB 40.1]) ein Belastbarkeitstraining (AB 54) sowie ein Aufbaustraining (AB 62) gewährt. Da keine Steigerung im Sinne der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit erreicht werden konnte, stellte die IVB mit Verfügung vom 4. Dezember 2014 (AB 79) – nach entsprechender Aufforderung zur Schadenminderung (AB 65) – die beruflichen Eingliederungsmassnahmen ein und hob mit Verfügung vom 23. Dezember 2014 (AB 82) die bisher ausgerichtete ganze IV-Rente bei einem IV-Grad von 0 % per Ende Januar 2015 auf. Das Verwaltungsgericht des Kantons Bern wies eine hiergegen erhobene Beschwerde (AB 83) mit Urteil vom 19. Mai 2016 (VGE IV/2015/107 [AB 95]) ab, was vom Bundesgericht bestätigt wurde (Urteil vom 21. Oktober 2016, 8C\_435/2016 [AB 98]).

Im Oktober 2017 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf chronische Schmerzen, eine Depression und einen Muskelriss in beiden Schultern erneut zum Leistungsbezug an (AB 102) und reichte aktuelle medizinische Unterlagen ein (AB 105). Die IVB liess in der Folge erneut ein polydisziplinäres (allgemein-internistisch/nephrologisch/neurologisch/orthopädisch/psychiatrisch/rheumatologisch) Gutachten erstellen (AB 126). Gestützt auf die Konsensbeurteilung im entsprechenden Gutachten vom 19. Juni 2018

(AB 132.1) und die einzelnen Teilgutachten (AB 132.2 bis AB 132.8) stellte sie die Abweisung des Leistungsbegehrens bei einem IV-Grad von 28 % in Aussicht (AB 134). Damit zeigte sich die Versicherte – vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ – nicht einverstanden und reichte einen medizinischen Bericht ein (AB 137, AB 139 und AB 146). Nach Rücksprache mit ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD [AB 149]) verfügte die IVB am 11. Februar 2019 (AB 150) dem Vorbescheid entsprechend und wies das Leistungsbegehren bei einem IV-Grad von 28 % ab.

## **B.**

Hiergegen liess die Versicherte – weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ – am 14. März 2019 Beschwerde erheben: Sie beantragt, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und ihr Gesundheitszustand rechtsgenüglich abklären zu lassen. Hierauf sei der Leistungsanspruch erneut zu prüfen.

Mit Beschwerdeantwort vom 18. April 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

## **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 Anträ-

gen 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 11. Februar 2019 (AB 150). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente.

**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).

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.2** Ändert sich der IV-Grad 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).

**2.2.1** Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen IV-Grades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201], vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

**2.2.2** Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des IV-Grades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der IV-Grad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

**2.2.3** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die IV-Rente 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 Auf-

gabenbereichs 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).

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

**2.2.4** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

**2.3** Um den IV-Grad 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.**

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom Oktober 2017 (AB 102) eingetreten und hat den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin materiell geprüft, weshalb die Eintretensfrage hier praxisgemäss nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Anlässlich der Rentenaufhebung im Jahr 2014 haben sich die somatischen Beschwerden allein auf

weichteilrheumatische Probleme beschränkt (vgl. AB 82 S.3 und AB 43). Anlässlich der Neuanschuldung im Jahr 2017 wurden nun ein Status nach arthroskopischer Rotatorenmanschettenruptur und daraus folgender unklarer Schmerzpersistenz diagnostiziert (AB 105 S. 12 und AB 132.1 S. 6 Ziff. 4.2.1) und auch vom orthopädischen Gutachter – mit einem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – bestätigt (AB 132.7 S. 8 f. [vgl. E. 3.3 und E. 3.3.2 nachfolgend]). Ebenso halten die Gutachter in ihrer Expertise vom 19. Juni 2018 (AB 132.1 S. 9) fest, dass psychiatrischerseits anlässlich der Vorbeurteilung kein leistungseinschränkendes Krankheitsbild beschrieben worden sei, nun aber eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit als gegeben angesehen werde (vgl. hierzu E. 3.3.4 nachfolgend). Die Beschwerdeführerin hat damit zu Recht das Vorliegen einer wesentlichen Änderung in medizinischer Hinsicht bejaht, die geeignet ist, den IV-Grad und damit einen allfälligen Leistungsanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.2.3 hiervor). Der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin ist deshalb einer freien Prüfung zu unterziehen (vgl. E. 2.2.4 vorstehend).

**3.1** Zum gesundheitlichen Zustand und zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

**3.1.1** Die Fachärzte des psychiatrischen Dienstes C.\_\_\_\_\_ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 12. Januar 2018 (AB 124) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), und eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradig (ICD-10: F33.1 [S. 2]). Es bestehe eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit seit Jahren (S. 3). Aufgrund des seit vielen Jahren bestehenden chronifizierten Krankheitsbildes mit psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen sei mit einer vollen Remission der Symptomatik in absehbarer Zeit nicht zu rechnen (S. 4). Falls eine Verbesserung der Schmerzen erreicht werden könne, wäre eine Tätigkeit im geschützten Rahmen denkbar.

**3.1.2** Im polydisziplinären Gutachten vom 19. Juni 2018 (AB 132.1) diagnostizierten die Fachärzte der MEDAS D.\_\_\_\_\_ (MEDAS) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine aktuell posteriore, transmurale Supraspinatus-Ruptur links (ICD-10: M75.1), ein chronisches cerviko-

thorako-lumbovertebrales Schmerzsyndrom, eine mediale Gonarthrose links (ICD-10: M17.5) sowie anamnestisch depressive Episode(n), derzeit unter antidepressiver Medikation (AD-Serumspiegel im therapeutischen Bereich) remittiert (ICD-10: F32.4 [S. 6]). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende relevante Diagnosen: eine mögliche leichte beginnende Rhizarthrose-Symptomatik links, ein anaphylaktischer Schock auf Cephalosporin-Präparate im November 2015 bei Narkoseeinleitung zur Schulteroperation links, ein Verdacht auf schädlichen Gebrauch von nicht abhängigkeits erzeugenden Analgetika (ICD-10: F55), anamnestisch eine Angststörung, derzeit remittiert bzw. nicht nachweisbar, anamnestisch eine dissoziative Störung derzeit remittiert bzw. nicht nachweisbar, eine leichte Proteinurie mit normaler Nierenfunktion, eine Tendenz zu hochnormalen Blutdruckwerten sowie ein Status nach gelegentlichen vasovagalen Synkopen (S. 7).

Im allgemeinmedizinischen Teilgutachten vom 19. Juni 2018 (AB 132.3) konnte Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, keine die Arbeits- oder Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigenden Diagnosen erheben (S. 6).

Die psychiatrische Gutachterin Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrem Teilgutachten vom 16. Mai 2018 (AB 132.4) fest, dass anamnestisch depressive Episode(n), gegebenenfalls derzeit unter antidepressiver Medikation remittiert (ICD-10: F32.4), mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit attestiert werden könnten (S. 10). Aus psychiatrischer Sicht sei retrospektiv nicht auszuschliessen, dass die Beschwerdeführerin vormals an einer depressiven Symptomatik gelitten habe, welche gegebenenfalls unter antidepressiver Medikation und niederfrequenter Psychotherapie (einmal monatliche Sitzung) subsyndromal bis vollständig remittiert sei (S. 13). Depressive Kernsymptome seien entweder gar nicht angegeben worden oder schienen durch die Inkonsistenzen in der Präsentation unglaubwürdig. Es hätten sich zudem keine Hinweise darauf ergeben, dass die Beschwerdeführerin während der Untersuchung tatsächlich unter Schmerzen gelitten habe, die sie zwar verbal angegeben habe, für die sich jedoch bei Inkonsistenzen (gleichseitige Bewegung und Belastung, lebhaftige gleichseitige Gestik etc.) keine objektivierbaren Hinweise ergeben

hätten. Aus rein psychiatrischer Sicht schienen insbesondere Dekonditionierung und Selbstlimitierung – möglicherweise im Zusammenhang mit einem Rentenbegehren – im Vordergrund zu stehen. Eine psychische Erkrankung, etwa ein depressives Syndrom, liege derzeit nicht vor. In der bis zuletzt ca. 1993 ausgeübten Tätigkeit als ungelernete ... bestehe aus rein psychiatrischer Sicht mindestens eine quantitativ 80 %ige-Arbeitsfähigkeit, sofern die zusätzlichen externen Stressoren wie überdurchschnittlichen Zeit- oder Termindruck und Arbeiten spät abends und nachts ausgeschlossen seien (S. 14). Die geringgradige Beschränkung der Arbeitszeit und des Stresslevels an einer allfälligen Arbeitsstelle diene der Rückfallprophylaxe und der Ermöglichung einer stressfreien Wahrnehmung einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung.

Im neurologischen Teilgutachten vom 28. Februar 2018 (AB 132.5) nannte PD Dr. med. et phil. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, die Diagnosen eines chronisch intermittierenden Zervikozephalosyndroms mit Spannungskopfschmerzen sowie einen Status nach gelegentlichen vasovagalen Synkopen (S. 7). Aus rein fachneurologischer Sicht ergebe sich keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der gestellten neurologischen Diagnosen (S. 8). Die zervikozephalische Schmerzproblematik stehe deutlich im Hintergrund hinter den Schulterproblemen und sei isoliert betrachtet ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte – „unter auftragsgemässer rheumatologischer Wegblendung der Konstellation an den Schultern beidseits und an den Knien“ (AB 132.6 S. 16) – in seinem Teilgutachten vom 3. April 2018 ein chronisches cerviko-thorako-lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit (qualitativem Einfluss) auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11). Die muskuloskelettäre Konstellation habe sich seit der gutachterlich dokumentierten Situation 2013 nur geringgradig etwas verschlechtert (S. 16), es fänden sich aber jetzt leichte schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeiten der Wirbelsäulenbeweglichkeit in allen Abschnitten und eher ausgeweitete muskuläre Dolenzen am ganzen Rücken. Es könne trotzdem nicht von einer Fibromyalgie oder Schmerzgeneralisierung gesprochen werden. Die zuletzt ausgeübte, als zwar leicht, aber ausschliesslich stehend, öfters oberkörper-inkliniert anzunehm-

mende Tätigkeit erscheine nur schon aus isolierter Betrachtungsweise der Veränderungen am Achsenskelett als nicht mehr möglich (S. 18). Belastungsprofil und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit seien orthopädisch-rheumatologisch konsensual zu formulieren.

Aus orthopädischer Sicht konnte Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in seinem Teilgutachten vom 28. März 2018 (AB 132.7) eine aktuell posteriore, transmurale Supraspinatus-Ruptur links (ICD-10: M75.1) sowie eine mediale Gonarthrose links (ICD-10: M17.5) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festhalten (S. 8). Schwere körperliche Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar (Arbeitsunfähigkeit von 100 %), leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, wechselbelastend seien ganztags zumutbar (Arbeitsunfähigkeit 0 % [S. 10]). Für die Schulter links gälten aktuell folgende Einschränkungen: leichte Tätigkeiten unterhalb der Horizontalen, keine Tätigkeiten körperfern, keine Tätigkeiten auf absturzgefährdenden Positionen oder Steigen von Leitern aufgrund einer verminderten Haltefunktion sowie keine Vibrationsbelastungen. Aufgrund des linken Knies sollten keine Tätigkeiten im Knien oder in der Hocke, kein häufiges Steigen von Leitern und Treppen und keine Tätigkeiten auf unebenem Gelände durchgeführt werden. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit gelte ab dem Zeitpunkt der IV-Anmeldung vom 18. September 2017 (Postaufgabe Oktober 2017), sei jedoch bezüglich der Schulter nicht abschliessend zu beurteilen, da diesbezüglich der Heilungsverlauf nach der geplanten Operation vom März 2018 abgewartet werden müsse.

Im nephrologischen Teilgutachten vom 9. März 2019 (AB 132.8) konnte Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Nephrologie und Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf ihrem Fachgebiet erheben (S. 7).

Im Rahmen ihrer interdisziplinären Konsensbeurteilung (AB 132.1) hielten die Gutachter fest, dass in der angestammten Tätigkeit, welche als körperlich leicht, aber ausschliesslich stehend und teilweise oberkörperinkliniert und repetitiv monoton eingestuft wurde, aufgrund der objektivierbaren rheumatologischen und orthopädischen Befunde eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit angenommen werden könne (S. 8). Aufgrund der nachvoll-

ziehbaren Beschwerden am Bewegungsapparat könne eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten seit spätestens dem Auftreten der Schulterbeschwerden bzw. des operativen Eingriffs an der Schulter im September 2016 angenommen werden. Für körperlich angepasste Tätigkeiten (körperlich leicht bis mittelschwer und wechselbelastend, ausschliesslich unterhalb der Horizontalen, ohne körperferne Tätigkeiten oder auf absturzgefährdeten Positionen oder mit Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Vibrationsbelastungen, ohne Tätigkeiten im Knien oder in der Hocke oder auf unebenem Gelände) bestehe unter Berücksichtigung der objektivierbaren Einschränkungen der Leistungsfähigkeit keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit (S. 9). Tätigkeiten mit diesem Belastungsprofil könnten vollumfänglich mit einer Leistungseinbusse von max. 20 % ausgeübt werden. Gegenüber der Beurteilung von 2013 habe sich der Gesundheitszustand aus somatischer Sicht bezüglich des linken Schultergelenkes verschlechtert, aus rheumatologischer Sicht liege hinsichtlich des Achsenskeletts eine leichte, nicht zusätzlich arbeitseinschränkende Verschlechterung vor. Psychiatrischerseits sei anlässlich der Vorbegutachtung kein leistungseinschränkendes Krankheitsbild beschrieben worden, wobei heute im Sinne einer Rückfallprophylaxe eine max. 20 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als gegeben erachtet werde. Nephrologische Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit beständen nicht. Die aktuelle Arbeitseinschätzung berücksichtige dabei die Befunde aus somatischem als auch psychiatrischem Fachgebiet.

**3.1.3** Im Bericht vom 11. April 2018 (AB 139 S. 4 f.) führten die Fachärzte des Spitals K. \_\_\_\_\_ aus, dass zwei Wochen nach der durchgeführten Schulterarthroskopie mit subacromialem Débridement und multiplen Biopsieentnahmen an der Schulter links bei multifaktorieller, unklarer Schmerzpersistenz nach wie vor bewegungsabhängige Schmerzen beständen. Es zeige sich aber eine gute Kraftentwicklung der Rotatorenmanschette, schmerzüberlagert. Anhand der entnommenen Biopsien habe erfreulicherweise ein ‚low grade‘ Infekt ausgeschlossen werden können (S. 2). Es gelte nun mit Hilfe von Physiotherapie den Bewegungsumfang zu üben und die Kraft zu verbessern. Einschränkungen beständen keine.

**3.1.4** In der Stellungnahme vom 9. November 2018 (AB 144) zu den erhobenen Einwänden der Beschwerdeführerin (AB 139) hielten die MEDAS-Gutachter fest, dass sich das im orthopädischen Gutachten festgelegte Belastbarkeitsprofil explizit auf den zum Zeitpunkt der gutachterlichen orthopädischen Untersuchung festgestellten Befund beziehe. Die konkrete Belastbarkeit der Schulter in Hinblick auf Gewichtsbelastungen könne erst nach Abschluss der perioperativen Phase, allenfalls im Rahmen einer Reevaluation festgelegt werden, was jedoch nicht die Definition der Funktionseinschränkungen vor dem Zeitpunkt des operativen Eingriffes ausschliesse. Betreffend das rheumatologische Fachgutachten merkten die Gutachter an, dass die entsprechende Abklärung der Beurteilung des weichteilrheumatischen Schmerzsyndroms gedient habe, während bei der orthopädischen Beurteilung speziell auf die Situation an Schulter und Knie eingegangen werden sollte, was sich aus der fallspezifischen Triage ergebe. Wie in dem rheumatologischen Teilgutachten ausgeführt, sei mit den am Achsenskelett erhobenen Befunden das Ausmass der de facto-Invalidisierung im Alltag nicht erklärbar, was auf das Miteinwirken von nicht rein muskuloskelettären Faktoren im Gesamtgeschehen hinweise (S. 2). Bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens hielten sie fest, zur Beurteilung seien die Anamnese und der klinische Gesamteindruck massgeblich, die durch Testungen lediglich ergänzt würden. Zudem hätten sich im konkreten Fall anhand der psychiatrischen Untersuchung zahlreiche Hinweise für Inkonsistenzen ergeben, weshalb von einer erheblich eingeschränkten Beschwerdevalidität, Aggravation und möglicherweise auch simulativen Elementen auszugehen sei, auch wenn der Rey-Memory-Test negativ gewesen sei. Das psychiatrische Fachgutachten sei lege artis unter Einbezug aller Befunde, anamnestischen Angaben und der dokumentierten Krankengeschichte zustande gekommen. Die gutachterliche Einschätzung der leidensbedingten funktionellen Einschränkungen und der daraus folgenden Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei im gesamtmedizinischen Konsens erfolgt, da es sich um ein interdisziplinäres Gutachten gehandelt habe. Es seien in der Konsensbeurteilung das zum Gutachtenszeitpunkt aktuell zumutbare Tätigkeitsprofil sowie das medizinisch-theoretische Tätigkeitsprofil postuliert worden, wie es bei regelrechtem Heilungsverlauf nach der Operation zu erwarten gewesen sei: Im Rahmen der Schultergelenksoperation

und der Schultergelenksinfiltration könne perioperativ eine vollständig aufgehobene Arbeitsfähigkeit begründet werden und aus den neu vorgelegten Akten ergebe sich ein postoperativ normaler Heilungsverlauf.

**3.1.5** Der RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Facharzt für Tropenmedizin und Reisemedizin, nahm in seinem Bericht vom 4. Februar 2019 (AB 149) Stellung zu den Einwänden der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Er führte aus, dass der orthopädische Gutachter von einem regelrechten Verlauf der Schulteroperation ausgegangen sei und dass diese Einschätzung zulässig sei, da damals wie heute kein anderer Hinweis nachweisbar sei, der einen anderen als regelrechten Verlauf beweisen könnte (S. 2). Funktionseinschränkungen seien bei Schulteraffektionen relativ einfach zu definieren, was auch für die Art der optimal angepassten Tätigkeit gelte. Nach Abschluss der postoperativen Rehabilitation, d.h. in der Regel nach drei Monaten, sei eine leichte Tätigkeit zuzumuten. Die Tätigkeiten sollten unterhalb der Horizontalen ausgeführt werden, ohne Tätigkeiten am extendierten Arm und mit Gewichten bis zu fünf bis zehn Kilogramm. Es gehe dabei um eine langfristige Einschätzung und nicht um die Zeit während und unmittelbar nach der Operation. Der rheumatologische Gutachter habe sowohl die Schulterproblematik als auch die Knieproblematik sehr wohl beurteilt und es gebe keine Inkongruenzen zum orthopädischen Gutachten, weshalb auf die interdisziplinäre Beurteilung und Konsensfindung abzustellen sei. Schliesslich sei auch die psychiatrische Beurteilung nachvollziehbar. Insgesamt überzeugten die vorgebrachten Einwände nicht und es könne an den Aussagen der MEDAS-Gutachter festgehalten werden.

**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** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 11. Februar 2019 (AB 150) in diagnostischer Hinsicht auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 19. Juni 2018 (AB 132.1) und die entsprechenden Teilgutachten (AB 132.3 bis AB 132.8) gestützt, in welchem als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine aktuell posteriore, transmurale Supraspinatus-Ruptur links (ICD-10: M75.1), ein chronisches cerviko-thorako-lumbovertebrales Schmerzsyndrom, eine mediale Gonarthrose links (ICD-10: M17.5) sowie anamnestisch depressive Episode(n), derzeit unter antidepressiver Medikation remittiert (ICD-10: F32.4), attestiert wurden (S. 6).

Die Beurteilungen der Dres. med. E. \_\_\_\_\_, F. \_\_\_\_\_, H. \_\_\_\_\_, J. \_\_\_\_\_, des Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ sowie von PD Dr. med. et phil. G. \_\_\_\_\_ (AB 132.1 sowie AB 132.2 bis AB 132.8) sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf einlässlichen klinischen Explorationen und wurden in Kenntnis der Vorakten sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. Sie überzeugen einzeln wie auch als Gesamtbeurteilung inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Die interdisziplinäre Einschätzung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin erfolgte unter dem Einbezug sämtlicher hier relevanten

medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich einer Konsensbeurteilung aller beteiligten Gutachter (vgl. AB 132.1 S. 5 ff.). Zudem wurden die gutachterlichen Feststellungen unter Einbezug der aktenkundigen Arztberichte (AB 132.2) diskutiert und abweichende Einschätzungen überzeugend begründet (vgl. AB 132.4 S. 11 ff., AB 132.5 S. 7 f. und AB 132.6 S. 12 ff.). Damit erfüllt die Expertise die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und erbringt grundsätzlich vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

**3.3.1** Die Einschätzungen der Gutachter auf den Gebieten der Allgemeinen Inneren Medizin (AB 132.3), Neurologie (AB 132.5) und Nephrologie (AB 132.8), wonach im jeweiligen Fachgebiet keine Diagnosen mit Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit beständen, überzeugen für sich alleine, es bestehen keine Hinweise auf abweichende medizinische Beurteilungen und sie werden im Übrigen auch von der Beschwerdeführerin nicht in Frage gestellt. Darauf ist abzustellen.

**3.3.2** In Bezug auf die orthopädische Beurteilung im Gutachten (AB 132.7) bringt die Beschwerdeführerin vor, dass der Gutachter in Kenntnis der anstehenden Schulteroperation die Arbeitsfähigkeit beurteilt und ein Zumutbarkeitsprofil erstellt habe, ohne die erforderliche Verlaufskontrolle durchgeführt zu haben (Beschwerde vom 14. März 2019 S. 4 Art. 2). Eine abschliessende medizinische Würdigung sei in diesem Zeitpunkt jedoch noch gar nicht möglich gewesen, so dass auf die gutachterlichen Angaben nicht abgestellt werden könne. Hierzu ist vorab festzuhalten, dass Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ sowohl die Schulter- als auch die Kniebeschwerden aufgrund der objektiven Befunde nachvollziehbar erklärt hat (S. 8). Der Kritik der Beschwerdeführerin ist entgegenzuhalten, dass der Gutachter sehr wohl festhielt, dass er den *aktuellen* Zustand an der Schulter beurteilt hat und festhielt, dass zur Einschränkung in Bezug auf die Gewichtsbelastungen erst der Heilungsverlauf abgewartet werden müsse (S. 9). In logischer Konsequenz formulierte er in der Folge das aktuelle Zumutbarkeitsprofil im Zeitpunkt der Begutachtung (bzw. rückwirkend seit dem Zeitpunkt der IV-Anmeldung im September 2017 [S. 10]). Soweit er Aussagen zum Zustand nach der Operation macht, handelt es sich hierbei

um allgemeinorthopädische Erfahrungstatsachen. Fest steht indessen, dass aufgrund dieser Erfahrungswerte bei planmässigem und regelrechtem Heilverlauf nach der Operation das Zumutbarkeitsprofil keine weiteren Einschränkungen erfährt, sondern vielmehr bezüglich der wieder möglichen Gewichtsbelastung der Schulter eine Verbesserung eintreten sollte. Insofern hält der RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ richtigerweise fest, dass weder damals noch im Zeitpunkt der Verfügung ein Hinweis nachweisbar war, der einen anderen als regelrechten Verlauf beweisen könnte (vgl. AB 149 S. 2). Nichts anderes ergibt sich auch aus dem Verlaufsbericht des Spitals K. \_\_\_\_\_ vom 11. April 2018 (AB 139 S. 4 f.), wo ein regelrechter Verlauf dokumentiert wurde. Es ist deshalb zu Gunsten der Beschwerdeführerin von dem im Gutachten aus orthopädischer Sicht festgehaltenen Zumutbarkeitsprofil (im Hinblick auf die Schulter: leichte Tätigkeiten unterhalb der Horizontalen, keine Tätigkeiten körperfern, keine Tätigkeiten auf absturzfährenden Positionen oder Steigen von Leitern aufgrund einer verminderten Haltefunktion, keine Vibrationsbelastungen, sowie in Bezug auf das Knie: keine Gewichtsbelastung über 25 kg, keine Tätigkeiten im Knien oder in der Hocke, kein häufiges Steigen von Leitern oder Treppen, keine Tätigkeiten auf unebenem Gelände [AB 132.7 S. 9 f.]) auszugehen. Auf das orthopädische Teilgutachten ist damit abzustellen.

**3.3.3** Hinsichtlich der rheumatologischen Beurteilung (AB 132.6) kritisiert die Beschwerdeführerin, dass der Gutachter seine Beurteilung unter Auslassung der Konstellation an den Schultern und den Knien abgegeben hat, was nicht verständlich sei und der Eindruck entstehe, dass eine gesamtheitliche rheumatologische Beurteilung anders ausfallen würde (Beschwerde vom 14. März 2019 S. 5). Die Beschwerdeführerin verkennt dabei, dass durchaus auch im Rahmen der rheumatologischen Teilbegutachtung die Befunde an den Schultern und an den Knien erhoben und auch unter dem Titel „Weitere Diagnosen“ mit dem Hinweis aufgeführt wurden, dass hierzu weitere Details aus der aktuellen fachorthopädischen Begutachtung zu berücksichtigen seien (vgl. AB 132.6 S. 11). Das Vorgehen, dass die funktionelle Auswirkung der Schulterbeschwerden auf die muskuloskelettäre Leistungsfähigkeit „auftragsgemäss [...] nur interdisziplinär-rheumatologisch-orthopädisch und unter Berücksichtigung der übrigen Fachgebiete“ zu beurteilen sei (S. 17), entspricht denn auch

dem Sinn und Zweck einer interdisziplinären Begutachtung, weshalb die diesbezügliche Kritik der Beschwerdeführerin nicht verfährt und damit nicht zu hören ist. Auch auf das rheumatologische Teilgutachten ist deshalb abzustellen.

**3.3.4** Was schliesslich die psychiatrische Beurteilung anbelangt, hat die Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 14. März 2019 einleitend auch das psychiatrische Teilgutachten als mangelhaft beanstandet (S. 4 Art. 2). Ausführungen hierzu finden sich in der nachfolgenden Begründung jedoch keine. Die in den beiden Einwandschreiben vom 24. September 2018 (AB 139 S. 2 Ziff. 3) und vom 3. Januar 2019 (AB 146 S. 2 Ziff. 3) noch erhobene Kritik – wonach die gutachterlichen Unterstellungen der eingeschränkten Beschwerdevalidität, der Aggravation und der simulativen Elementen von der Gutachterin als subjektiv gewertet werden müssten – wird damit zu Recht nicht mehr aufrechterhalten. Denn wie die MEDAS-Gutachter in der Stellungnahme vom 9. November 2018 (AB 144) nachvollziehbar dargelegt haben, wurden die Inkonsistenzen anlässlich der persönlichen psychiatrischen Untersuchung – wie im Übrigen auch im Rahmen der rheumatologischen Exploration (AB 132.6 S. 17) – von der Gutachterin selbst festgestellt, auch wenn der Rey-Memory-Test negativ ausgefallen ist (vgl. auch AB 132.4 S. 12 unten). Damit überzeugt in diagnostischer Hinsicht auch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, so dass grundsätzlich darauf abzustellen ist. Soweit allerdings die Minderung der Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht im Sinne einer „Rückfallprophylaxe“ begründet wird (AB 132.4 S. 14 und auch AB 132.1 S. 9), kann dem grundsätzlich nicht gefolgt werden. Denn die Gutachter gehen im Zeitpunkt der Begutachtung von einer Remission des depressiven Leidens aus, das zudem als sehr leicht eingeschätzt wurde (AB 132.4 S. 13). Dass es sich bei der als angepasst formulierten Arbeit um eine nicht stressbelastete Tätigkeit ohne Zeit- und Termindruck handeln sollte, haben die Gutachter bei der Formulierung berücksichtigt (S. 14). Schliesslich erscheint es auch fraglich, ob eine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit im Umfang von 20 % gerechtfertigt ist, wenn die zurzeit wahrgenommene Therapie lediglich im Rahmen einer „stützenden psychotherapeutischen Begleitung mit ca. monatlichen Terminen“ (vgl. AB 124 S. 3) erfolgt und folglich nicht als intensiv bezeichnet werden kann.

Wie es sich damit aber verhält, braucht nicht abschliessend beantwortet zu werden, denn selbst wenn auf die von den MEDAS-Gutachtern angenommene Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit (AB 132.1 S. 8 f.) abgestellt würde, resultierte kein rentenbegründender IV-Grad, wie nachfolgend darzulegen ist (vgl. E. 4 nachfolgend). Aus demselben Grund kann letztlich offen bleiben, ob die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit einer Indikatorenprüfung nach BGE 141 V 281 standhielte.

#### 4.

Würde auf die im MEDAS-Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinschränkung 20 % in einer angepassten Tätigkeit abgestellt (vgl. E. 3.3.4 vorstehend), wäre der IV-Grad anhand der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu ermitteln (vgl. dazu BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2017 IV Nr. 70 S. 217 E. 2.2).

Die Beschwerdeführerin hat aus IV-fremden Gründen keine Ausbildung abgeschlossen und bisher vorwiegend als ungelernte ... verschiedene Hilfstätigkeiten ausgeübt (vgl. statt vieler „Beruflicher Werdegang“ [AB 132.4 S. 6]). Das Valideneinkommen ist damit gestützt auf die Tabellenlöhne (Tabelle TA1, Total Frauen, Kompetenzniveau 1) festzusetzen. Ebenso ist das Invalideneinkommen anhand des gleichen Tabellenlohnes zu bestimmen, da die Beschwerdeführerin keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat und ihr körperlich leicht- bis mittelschwere und wechselbelastende Verweistätigkeiten zumutbar sind. Eine genaue Ermittlung des Validen- und Invalideneinkommens erübrigt sich somit, da beide aufgrund des gleichen Tabellenlohnes festzusetzen sind: der IV-Grad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 20 % unter Berücksichtigung eines allfälligen Tabellenlohnabzuges (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 20. April 2015, 8C\_304/2014, E. 6). Ein entsprechender Abzug von 10 %, wie ihn die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vorgenommen hat (AB 150 S. 2), ist jedoch hier nicht zu berücksichtigen. Denn weder die leidensbedingte Einschränkung, noch das Alter, die Dienstjahre, die Aufenthaltskategorie oder der Beschäftigungsgrad wirken sich bei der

Beschwerdeführerin nachteilig aus und invaliditätsfremde Aspekte wären bei beiden, auf den Zahlen der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) basierenden Vergleichseinkommen zu beachten (vgl. Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5). Zudem sind die möglichen Einschränkungen bereits in dem von den Gutachtern medizinisch-theoretisch formulierten Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt (vgl. E. 3.3.4 vorstehend). Damit wird der für den Anspruch auf eine IV-Rente minimal erforderliche IV-Grad von 40 % klarerweise nicht erreicht und die Beschwerdeführerin hätte selbst bei Berücksichtigung der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf eine IV-Rente (vgl. E. 2.1 vorstehend).

## **5.**

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente zu Recht verneint. Die angefochtene Verfügung vom 11. Februar 2019 (AB 150) ist damit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **6.**

**6.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.–, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**6.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat weder die Beschwerdeführerin (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch die obsiegende Beschwerdegegnerin als öffentlich-rechtliche Anstalt

des Kantons Bern einen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

**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):
  - Rechtsanwältin 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 Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.