

200 19 467 IV
FUR/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 22. November 2019

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Mai 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1965 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ..., meldete sich im Oktober 2016 unter Hinweis auf ein Burnout mit schwerer Erschöpfbarkeit und eine koronare 3-Gefässerkrankung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor, insbesondere veranlasste sie auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 35) eine polydisziplinäre Begutachtung durch die C._____ (MEDAS) in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie (Gutachten vom 10. Oktober 2017 inkl. Teilgutachten; act. II 48.1-48.3). Nachdem die IVB mehrfach Rücksprache mit dem RAD genommen (act. II 50, 59 f.) und (weitere) Arztberichte eingeholt (act. II 53 f.) hatte, stellte sie der Versicherten einen abschlägigen Leistungsentscheid in Aussicht (act. II 61). Dagegen erhob die Versicherte Einwand (act. II 62) und liess der IVB Stellungnahmen bzw. Berichte der behandelnden Ärzte zukommen (act. II 64). In der Folge nahm die IVB erneut Rücksprache mit dem RAD (act. II 66, 68) und forderte die Versicherte auf, sich einer fachärztlichen Lungenuntersuchung zuzuweisen und eine Spiroergometrie durchführen zu lassen (act. II 69). Nach Vorliegen der pneumologischen Beurteilung (Bericht vom 22. Juni 2018; act. II 73) nahm die IVB wiederum Rücksprache mit dem RAD (act. II 77) und veranlasste eine Untersuchung durch Letzteren (Untersuchungsbericht vom 21. September 2018; act. II 84). Daraufhin holte sie einen Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende (Bericht vom 16. Oktober 2018; act. II 85) ein und kündigte mit (neuem) Vorbescheid vom 18. Oktober 2018 (act. II 86) die Ablehnung eines Rentenanspruchs an. Die Versicherte erhob dagegen wiederum Einwand (act. II 89, 92), woraufhin die IVB abermals Rücksprache mit dem RAD nahm (Stellungnahme vom 27. Februar 2019; act. II 97) sowie bei ihrem Abklärungsdienst eine Stellungnahme (act. II 100) mitsamt aktualisiertem Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende (Bericht vom 19. März 2019; act. II 99) einholte. Mit (neuem) Vorbescheid vom 25. März 2019 (act. II 101) stellte sie die Verneinung eines Rentenanspruchs bei

einem Invaliditätsgrad von 1 % in Aussicht. Nach erneutem Einwand der Versicherten (act. II 102) und Stellungnahme des Bereichs Abklärungen (act. II 106) verneinte die IVB entsprechend dem Vorbescheid mit Verfügung vom 20. Mai 2019 (act. II 107) einen Rentenanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 7. Juni 2019 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung vom 20. Mai 2019 sei aufzuheben. Es sei ihr eine (ggf. befristete) Rente auszurichten. Es seien ihr berufliche Eingliederungsmassnahmen zu gewähren. Eventualiter sei die Sache an die IV-Stelle zur weiteren Abklärung zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 16. Juli 2019 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

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 – unter Vorbehalt der nachstehenden Erwägung – einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 20. Mai 2019 (act.II 107). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Vorliegend nicht Streitgegenstand bildet ein allfälliger Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (Beschwerde S. 2 Ziff. 1 Ziff. 3, S. 4 f. Ziff. 3), weil die Beschwerdegegnerin hierüber mit der angefochtenen Verfügung nicht befunden hat. Diesbezüglich ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. In der Beschwerdeantwort vom 16. Juli 2019 hält die Beschwerdegegnerin fest, es würden die beantragten beruflichen Massnahmen veranlasst.

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 ausge-

glichenen 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).

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).

2.2 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.

2.3 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 Den Akten ist bezüglich des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin bzw. ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Gutachten der MEDAS vom 10. Oktober 2017 (act. II 48.1 ff.) führten die Experten aus, Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit könnten zurzeit nicht dokumentiert werden. Mit möglicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei eine koronare 3-Gefässerkrankung (act. II 48.1 S. 19) und ein leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom. Ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, seien der Verdacht auf Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2, Differentialdiagnostisch [DD] Neurasthenie [ICD-10 F48.0]), der Verdacht auf Rechenstörung (ICD-10 F81.2), eine Adipositas Grad I (BMI 33), ein Status OSG-Distorsion (Juni 2015), ein Status nach unterer Schambeinastfraktur (Mai 2016), eine unklare BSR-Erhöhung, eine prädiabetische Stoffwechsellage und eine unklare Transaminasenerhöhung (act. II 48.1 S. 20). Aus psychiatrischer und rheumatologischer Sicht bestehe eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Aus psychiatrischer Sicht sei insbesondere festzuhalten, dass bei nicht ausreichender somatischer Behandlung zurzeit keine psychiatrische Diagnose gestellt werden könne. Somit müsse es bei Verdachtsdiagnosen bleiben. Sowohl auf kardialer wie auch auf pulmonaler Ebene lägen zurzeit instabile resp. noch unvollständig abgeklärte und/oder therapierte Leiden vor, so dass aus allgemein-internistischer Sicht die Arbeitsfähigkeit resp. -unfähigkeit nicht abschliessend beurteilbar sei. Die beklagten Symptome Dyspnoe, Thoraxschmerzen und Tagesmüdigkeit könnten kardiopulmonale wie auch psychogene Ursachen haben. Eine exakte Differenzierung und Zuordnung sei aktuell nicht möglich. Beides wirke sich zumindest qualitativ auf die Arbeitsfähigkeit aus. Eine prozentuale Stellungnahme sei jedoch nicht möglich. Es werde eine nochmalige kardiologische und pneumologische Beurteilung und Therapieoptimierung empfohlen (act. II 48.1 S. 21).

3.1.2 Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, nannte im Bericht vom 29. Dezember 2017 (act. II 64 S. 8 f.)

als Diagnose eine koronare Herzerkrankung. Seit ca. einem Jahr bestehe eine ausgeprägte Leistungsintoleranz mit starker Müdigkeit und zusätzlich eine Belastungsdyspnoe 3 sowie zusätzlich neu linksthorakale Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm beim Schneeschaukeln mit zusätzlich starkem Schwindel und beinahe „Schwarzwerden vor Augen“. Echokardiografisch finde sich ein altersentsprechend unauffälliger Befund. In der Fahrradergometrie sei die körperliche Leistungsfähigkeit stark reduziert.

3.1.3 Im Bericht der Psychiatrischen Dienste des Spitals E. _____ vom 19. Januar 2018 (act. II 64 S. 3-5) wurde als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine komplexe chronische Traumafolgestörung mit depressiven und ängstlichen Symptomen im Sinne eines PTSD (ICD-10 F43.1; engl. Posttraumatic stress disorder [Posttraumatische Belastungsstörung; PTBS) auf dem Hintergrund von traumatisierenden und vulnerabilisierenden Ereignissen und eine Familienzerrüttung durch Trennung oder Scheidung mit Entfremdung der eigenen Kinder (ICD-10 Z63.7; act. II 64 S. 5) aufgeführt. Bei erneuten Belastungen und Druck bestehe aufgrund der hohen psychischen und somatischen Belastung bei dafür nicht ausreichend stabilen inneren Stressbewältigungs- und Abgrenzungsfertigkeiten die Gefahr erneuter psychischer Dekompensationen, die in der Folge auch die körperliche Genesung bedrohten. Bis zum Erreichen einer stabileren somatischen und psychischen Situation sei weiterhin von einer maximalen Belastbarkeit von 40 bis max. 50 % auszugehen (act. II 64 S. 3 f.).

3.1.4 Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, stellte im Bericht vom 22. Juni 2018 (act. II 73 S. 2 ff.) über die tags zuvor durchgeführte pneumologische Untersuchung als Diagnosen eine COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) GOLD I, ein leichtes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und eine koronare 3-Gefässerkrankung. Die Bodyplethysmographie zeige ein im Normbereich liegendes FEV1 von 2.51 l (92 % Sollwert). Der Tiffeneau sei mit 69 % erniedrigt, auch bestehe peripher ein deutlich erhöhter Atemwegswiderstand vereinbar mit einer small airways disease. Die Diffusionskapazität sei mit 78 % nur minimal vermindert. Das Thoraxröntgenbild zeige einen unauffälligen Herz-/Lungenbefund. Der Methacholintest ergebe hingegen eine mittelschwere bronchiale Hyperreaktivität (act. II 73 S. 2). Aufgrund der Anamnese erach-

te er ein Asthma als wahrscheinlich. Das Stickstoffmonoxid (FeNO) liege im Normbereich. Differentialdiagnostisch müsse an ein work exazerbated asthma (WEA) gedacht werden, insbesondere da die Patientin bei Gebrauch von ... unter vermehrten Beschwerden leide (act. II 73 S. 3).

3.1.5 Im RAD-Untersuchungsbericht vom 21. September 2018 (act. II 84) diagnostizierte Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie und Arbeitsmedizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine berufsbedingte toxisch irritative Atemwegserkrankung (...-Asthma) bei hochgradiger, unspezifischer bronchialer Hyperreagibilität und eine diffuse koronare 3-Gefässerkrankung mit ausgeprägter Atheromatose durch multiple Stent-PTCAs 2015 palliativ behandelt, ohne neue fokale Stenosen 2018 (act. II 84 S. 12). Aufgrund der berufsspezifischen und der ausgewiesenen toxisch irritativen Lungenerkrankung infolge der Nicht-Unterlassung der schädlichen Tätigkeit mit täglich erneut durchgeführten Reexpositionen bestünden aus medizinischer Sicht dringende und dauerhafte Bedenken gegen die Weiterführung der angestammten Tätigkeit. Aus versicherungsmedizinischer Sicht lasse sich sagen, dass das hohe Ziel der Verhinderung einer tätigkeitsbedingten Verschlimmerung des ...-Asthmas ausschliesslich durch die konsequente Unterlassung der angestammten Tätigkeit als ... erreicht werden könne. Der aktuell ausgewiesene Ausprägungsgrad des Berufsasthmas sei (noch) gering. Es bestehe eine hohe Gefährdung durch allfällige Reexpositionen, welche auch durch Arbeitsschutzmassnahmen und eine konsequente antiobstruktive inhalative Therapie nicht wirksam abgemildert werden könnten (act. II 84 S. 11). Eine Arbeitstätigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... sei aus versicherungsmedizinischer Sicht dauerhaft nicht mehr anzunehmen. Unter Berücksichtigung der in dieser Untersuchung dokumentierten, umfassenden Besserungen der vorgebrachten gesundheitlichen Einschränkungen (vgl. act. II 84 S. 10: koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck, Adipositas, Schlafapnoesyndrom, Benzodiazepin-Abhängigkeit, Panik-Erkrankung, Bestätigung der Verdachtsdiagnose einer beruflich bedingten Atemwegserkrankung), die seit dem Gesuch vom Oktober 2016 unter teilweisem Erschwernis der somatisch-medizinischen Tatsachenermittlungen nunmehr umfassend und aus medizinischer Sicht konklusiv abgeklärt vorlägen, seien keine Anhaltspunkte für eine wesentliche und dauerhafte quantitative Leis-

tungsminderung in angepasster Tätigkeit gegeben. Aus medizinischer Sicht sei die Versicherte geeignet, unter den Bedingungen des nachfolgend formulierten ergonomischen Leistungsprofils in einer angepassten Tätigkeit ein volles Pensum zu erbringen (Arbeitsfähigkeit 100 %, 8.5 Stunden arbeitstäglich an 5 Werktagen der Woche). Leistbar sei eine leichte, bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit in Normalschicht am Tage, mit einer Lastbegrenzung in Körperferne von 5-10 kg sowie in Körpfernähe von 10-15 kg. Nicht leistbar seien Tätigkeiten in Zwangshaltungen und mit Pressatmung (Überkopfarbeiten, Arbeiten gebückt, kniend, kauend, rutschend, in geschlossenen Behältnissen und in sauerstoffreduzierter Atmosphäre). Ebenfalls nicht leistbar seien Tätigkeiten mit Exposition zu Hitze oder Kälte sowie Tätigkeiten im Freien mit (ungezielter) Exposition zu atemwegsirritierenden und atemwegstoxischen Aerosolen, gasförmigen Substanzen und Pflanzen und Pflanzenbestandteilen sowie Arbeiten mit gezielter Exposition zu chemischen Gasen und Dämpfen (wie z.B. Schweiss- und Lötarbeiten) und Arbeiten mit Nickel/Kobalt, eloxierten Metallen, insbesondere ohne vom Arbeitgeber gestellten hinreichenden Arbeitsschutz (act. II 84 S. 12). In medizinisch-theoretischer Betrachtung bestehe in einer entsprechend angepassten Tätigkeit ohne Unterbruch seit der Gesuchstellung eine dauerhafte uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (act. II 84 S. 13). Seit dem 20. Januar 2016 hätten aus retrospektiv medizinisch-theoretischer Sicht keine abstützbaren Anhaltspunkte mehr bestanden, eine dauerhafte wesentliche Minderung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit anzunehmen (act. II 84 S. 14).

3.1.6 Dr. med. F. _____ erhob im Bericht vom 25. Januar 2019 (act. II 94) über die Ergospirometrie vom 24. Januar 2019 als Diagnosen ein Asthma bronchiale, ein leichtes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und eine koronare 3-Gefässerkrankung. Die Ergospirometrie zeige eine normale Leistungsfähigkeit (115 Watt, 96 % Sollwert), die maximale Sauerstoffkapazität sei mit 17.6 ml/min/kg nur leicht erniedrigt (82 % Sollwert). Insgesamt sei die leicht verminderte (act. II 94 S. 1) Leistungsfähigkeit kaum pulmonal bedingt, ein exercise-induced Asthma sei nicht vollständig ausgeschlossen (act. II 94 S. 2).

3.1.7 Der RAD-Arzt Dr. med. G._____ führte in der Stellungnahme vom 27. Februar 2019 (act. II 97 S. 3 ff.) aus, im Vergleich zu den erwarteten Leistungswerten für gleichaltrige Frauen sei die aktuell gemessene Leistungsbreite mit 17.6 ml/min/kg in einem Bereich unterhalb des Mittelwertes anzusiedeln. Unter der Annahme, dass eine zumutbare berufliche Dauerleistung ungefähr bei 70 % der testweise erbrachten Maximalleistung vorhanden sei, sollten aus rein leistungsmedizinischer Sicht unter anderem die folgenden Tätigkeiten ohne Gefahr für die körperliche Gesundheit und ohne Einschränkung ausübbar sein: Gehen in der Ebene und mit leichten Steigungen in einer Geschwindigkeit von ca. 5 km/h, Haushaltarbeiten einschliesslich Staubsaugen und Bodenwischen, Rasenmähen (Motormäher), Tanzen mit den üblichen Pausen, langsames, nicht wettbewerbliches Schwimmen, Ausdauertraining 3 Mal/Woche. Tätigkeiten wie Joggen, Bergwandern mit Gepäck, Fahrradfahren in unebenem Gelände und schnelles Schwimmen seien aus medizinischer Sicht bei dieser dokumentierten Leistungsbreite nicht durchführbar. Die Versicherte sei spätestens seit 2007 aus rein versicherungsmedizinischer Sicht nicht mehr geeignet gewesen, die angestammte Tätigkeit als ... ohne Schaden für ihre Gesundheit auszuüben (act. II 97 S. 6). Aufgrund der Untersuchungsergebnisse von Dr. med. F._____ vom Januar 2019 sei die RAD-ärztliche Einschätzung vom August 2018 zu bestätigen, dass die Versicherte bei atemwegshygienisch optimaler Ausübung einer angepassten Tätigkeit über ein uneingeschränktes berufliches Leistungsvermögen verfügen könnte. Wegen der ausgewiesenen bronchialen Hyperreagibilität und der hartnäckigen Weigerung, auf die Exposition zu atemwegstoxischen Arbeitsstoffen zu verzichten, sollte in aktualisierter Sicht des beruflichen Leistungsvermögens eine dauerhafte zusätzliche qualitative Leistungseinschränkung von 20 % zugemessen werden. Diese Einschätzung bestehe seit ebenfalls 2007 und habe sich auch durch die Geschäftsaufgabe nicht verändert. Medizinisch-theoretisch handle es sich bei der optimal angepassten Tätigkeit um eine leichte körperliche Arbeit, unter strikter Vermeidung von atemwegstoxischen Expositionen, ohne Überkopfarbeit, ohne Nacharbeit, ohne Exposition zu Hitze und Kälte, ohne Arbeit im Freien, ohne Exposition zu Passivrauch, ohne Arbeit mit Biostoffen wie Pflanzenbestandteilen, Getreide und ohne sonstige Tätigkeiten in der Landwirtschaft sowie mit Gewährung allenfalls symptomorientierter zusätzlicher Arbeitspausen, insbesondere bei unge-

zielten, unerwarteten und somit zufälligen Atemwegsexpositionen. Anhaltspunkte für die körperliche Verursachung einer verlangsamten Arbeitsweise seien angesichts der vollkommen normalisierten Ruhespirometrie nicht gegeben. In der Summe rechtfertigten die geschilderten Einschränkungen der Einsatzfähigkeit eine qualitative Leistungsminderung von 20 % bei einem gesamthaft leistbaren zeitlichen Arbeitspensum von 100 % (8.5 Stunden arbeitstäglich an 5 Werktagen).

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

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen 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). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters

allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 20. Mai 2019 (act. II 107) in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das Gutachten der MEDAS vom 10. Oktober 2017 (act. II 48.1 ff.) sowie den Untersuchungsbericht des RAD-Arztes Dr. med. G. _____ vom 21. September 2018 (act. II 84) und dessen Stellungnahme vom 27. Februar 2019 (act. II 97 S. 3 ff.) gestützt.

3.4 Was die Disziplinen Rheumatologie und Psychiatrie betrifft, kann auf das Gutachten der MEDAS vom 10. Oktober 2017 (act. II 48.1 ff.) bzw. die entsprechenden Teilgutachten (act. II 48.2 f.) abgestellt werden, wonach in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % besteht (act. II 48.1 S. 15-17 und 19 f., act. II 48.3 S. 7, act. II 48.2 S. 10). Die Experten der MEDAS haben in den genannten Fachdisziplinen in Kenntnis der medizinischen Akten und der ausführlichen Anamnese (act. II 48.1 S. 1-14) die objektiven Befunde erhoben (Rheumatologie; act. II 48.3 S. 3-5; Psychiatrie; act. II 48.2 S. 6 f.). Sie haben sich in ihren Beurteilungen zu den Befunden geäussert und nachvollziehbar begründet, dass keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen sind (act. II 48.3 S. 6 ff., act. II 48.2 S. 8 ff.). Die enthaltenen Feststellungen beruhen damit auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Diese Teilgutachten sind beweiskräftig. Es ist zulässig, überzeugenden Teilkonsilien vollen Beweiswert zuzuerkennen (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2). Die fachärztlichen Einschätzungen in den besagten Disziplinen werden von der Beschwerdeführerin denn auch nicht (konkret) bestritten. Was die Disziplin

der Psychiatrie betrifft, vermag der Bericht der Psychiatrischen Dienste des Spitals E. _____ vom 19. Januar 2018 (act. II 64 S. 3-5) den Beweiswert des entsprechenden Teilgutachtens der MEDAS nicht in Zweifel zu ziehen. Die Behandler des Spitals E. _____ benennen darin keine wichtigen neuen Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Der RAD-Arzt Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in der Stellungnahme vom 19. März 2018 (act. II 66 S. 3) denn auch aus, es seien im Vergleich zum psychiatrischen Teilgutachten keine relevanten Veränderungen auszumachen. Bei der postulierten komplexen chronischen Traumafolgestörung mit depressiven und ängstlichen Symptomen im Sinne eines PTSD handle es sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts. Im psychiatrischen Teilgutachten sei darauf hingewiesen worden, dass die Kriterien gemäss ICD-10 zur Stellung der Diagnose einer PTBS nicht ausreichend vorhanden seien. Die wesentlichen Beschwerden und Symptome sowie die Einschätzung der therapeutischen Fachpersonen zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit seien zum Zeitpunkt der Teilbegutachtung bekannt gewesen und entsprechend gewürdigt worden.

3.5 Der internistisch-kardiologische Untersuchungsbericht des RAD-Arztes Dr. med. G. _____ vom 21. September 2018 (act. II 84) samt Stellungnahme vom 27. Februar 2019 (act. II 97 S. 3 ff.) ist für die im MEDAS-Gutachten noch abklärungsbedürftig beurteilten (allgemein-internistischen) Leiden (vgl. act. II 48.1 S. 19) umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, beruht auf klinischer und kardiologischer Untersuchung (samt Laboruntersuchung), wurde in Kenntnis der Vorakten – namentlich des MEDAS-Gutachtens – abgefasst, leuchtet in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge ein und ist für die Beurteilung der medizinischen Situation nachvollziehbar und schlüssig. Daher erfüllt er die Anforderungen an die Beweiskraft eines ärztlichen Berichts (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S3.5. 352) und er hat einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2017 IV Nr. 13 S. 31 E. 3, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Darauf kann abgestellt werden.

Der RAD-Arzt diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine berufsbedingte toxisch irritative Atemwegserkrankung (... Asthma) bei hochgradiger, unspezifischer bronchialer Hyperreagibilität und eine diffuse koronare 3-Gefässerkrankung mit ausgeprägter Atheromatose (act. II 84 S. 12). Gestützt auf den Untersuchungsbericht und die Stellungnahme ist erstellt, dass die angestammte Tätigkeit als ... nicht mehr (dauerhaft) zumutbar ist, hingegen die Beschwerdeführerin in einer angepassten körperlich leichten Tätigkeit vollschichtig mit einer Leistungsminderung von 20 % arbeitsfähig ist (act. II 84 S. 12, act. II 97 S. 6 f.). An dieser Einschätzung ändern auch die Berichte der behandelnden Dres. med. D. _____ und F. _____ nichts, äussern sich diese doch darin nicht zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit. Hinzukommt, dass aus den Berichten bzw. Untersuchungsergebnissen des Dr. med. D. _____ vom 11. Juli 2016, 3. November 2017 und 29. Dezember 2017 (act. II 54, 64 S. 8 f.) nicht ohne weiteres auf eine iv-relevante gesundheitliche Einschränkung geschlossen werden kann, war doch der ergospirometrische Befund von Dr. med. F. _____ (vom 25. Januar 2019; act. II 94) noch ausstehend. Letzterer bildete dann wesentliche Grundlage der Stellungnahme des RAD-Arztes vom 27. Februar 2019. Dr. med. G. _____ bezeichnete die Einschätzung der kardiopulmonalen Leistungsbreite durch Dr. med. F. _____ als vollständig, nachvollziehbar sowie beurteilungsrelevant und attestierte in der Folge eine qualitative Leistungsminderung von 20 % aufgrund der eingeschränkten Einsatzfähigkeit bei einem gesamthaft leistbaren vollzeitlichen Arbeitspensum (act. II 97 S. 6). Dass das definitive Zumutbarkeitsprofil erst im Frühjahr 2019 erstellt werden konnte, ist unerheblich. Entscheidend ist, dass dieses spätestens seit dem Jahr 2007 gilt (act. II 97 S. 7) und damit für den gesamten hier massgebenden Zeitraum Gültigkeit hat (frühest möglicher Rentenbeginn April 2017; vgl. E. 4.3 hiernach).

3.6 Der medizinische Sachverhalt ist vor diesem Hintergrund hinreichend abgeklärt, weshalb auf weitere Beweisvorkehrungen verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; 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). Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich vorbringt, die Verfahrensregeln zur Anordnung von polydisziplinären Gutachten seien verletzt

worden, kann ihr nicht gefolgt werden. Das von der MEDAS erstattete Gutachten vom 10. Oktober 2017 (act. II 48.1) wurde nach dem Zufallsprinzip über SuisseMED@P vergeben (act. II 37, 39 f.; Vergabe nach Zufallsprinzip; vgl. Art. 72^{bis} Abs. 1 und 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]; BGE 139 V 349 E. 2.2 S. 351).). Mit der Beschwerdegegnerin ist festzuhalten, dass erst im Nachgang des MEDAS-Gutachtens festgestellt worden ist, dass in kardiologisch-pulmologischer Hinsicht weiterer Abklärungsbedarf besteht. Dieser erfordert jedoch nicht zwingend eine erneute Gutachtensvergabe nach dem Zufallsprinzip. Wie zuvor dargelegt, sind die Teilgutachten in den Disziplinen Rheumatologie und Psychiatrie der MEDAS (act. II 48.2 f.) beweiskräftig und es kann darauf abgestellt werden; Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit konnten nicht erhoben werden (vgl. E. 3.4 hiervor). Die noch bestehenden kardiologisch-pulmologischen Unklarheiten konnten durch den RAD fachärztlich sowie durch die vom Hausarzt in Auftrag gegebenen Abklärungen (act. II 73 S. 2 ff., 94) beseitigt werden. Unter diesen Umständen war bzw. ist eine erneute polydisziplinäre Begutachtung weder angebracht noch zielführend. Die Verwaltung hat die Verfahrensregeln hinsichtlich Anordnung eines polydisziplinären Gutachtens nicht verletzt. Damit ist ausgehend vom formulierten Zumutbarkeitsprofil des RAD-Arztes (vgl. E. 3.5 hiervor) nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.

4.1

4.1.1 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).

4.1.2 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 Lohnstrukturhebungen (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 Einschränkung, 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).

4.2 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). Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der Anmeldung von Oktober 2016 (act. II 1) und in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG (Entstehung des Rentenanspruchs frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung) auf April 2017 fest-

zusetzten. Der Einkommensvergleich ist auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

4.3

4.3.1 Es ist unbestritten und aufgrund der Akten überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit ihre selbständige Erwerbstätigkeit als ... in der bisherigen Art bzw. einem 100%-Pensum weitergeführt hätte, weshalb das Valideneinkommen grundsätzlich aufgrund des zuletzt erzielten Einkommens festzusetzen ist. Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin hat sie den selbsterwerbend geführten ... im August 2016 krankheitsbedingt aufgegeben und betreibt seither mit geringfügigem Erlös einen in der Umgangssprache genannten „...“ in ihrer ...; der ...beruf sei ihr Leben (act. II 48.1 S. 10, act. II 84 S. 6 f.).

Im Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 19. März 2019 (act. II 99 S. 2 ff.) wurde das Valideneinkommen auf der Basis der Statistik des schweizerischen Gewerbeverbandes (Gewerbeverbandstatistik 2016/2017, Rubrik „...“, durchschnittliches Einkommen in der Umsatzgruppe Fr. 1.-- bis Fr. 199'999.--) ermittelt und für das Jahr 2017 auf Fr. 37'700.- festgelegt (act. II 99 S. 3 f. Ziff. 3). Dieses Vorgehen ist angesichts des Umstandes, dass der Gesundheitsschaden bereits seit etlichen Jahren besteht (vgl. E. 3.5 in fine hiervor) und damit keine hinreichend zuverlässige Vergleichszahlen vorliegen (act. II 81), nicht zu beanstanden (vgl. dazu Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. August 2009, 9C_66/2009, E. 2) und wird auch nicht (mehr) bestritten. Für eine Parallelisierung besteht kein Raum, stellt doch das gestützt auf die Gewerbeverbandstatistik ermittelte Valideneinkommen ein branchenübliches Durchschnittseinkommen dar.

4.3.2 Die Beschwerdegegnerin berechnete das Invalideneinkommen von Fr. 37'252.-- (act. II 107 S. 2) anhand der LSE 2016, Tabelle TA1, Total Kompetenzniveau 1, Frauen, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit, aufgerechnet auf ein Jahr und indexiert auf das Jahr 2017. Weiter berücksichtigte sie die Leistungsminderung von 20 % und einen Abzug vom Tabellenlohn von 15 % (act. II 99 S. 3 f.). Diese Berechnung ist grundsätzlich ebenfalls nicht zu beanstanden. Die Beschwerdeführerin übt

keine ihrem Zumutbarkeitsprofil entsprechende Erwerbstätigkeit aus, weshalb bei der Bestimmung des Invalideneinkommens korrekterweise auf die Tabellenlöhne abzustellen ist. Gemäss dem medizinischen Zumutbarkeitsprofil ist ihr eine angepasste leichte Tätigkeit vollzeitlich mit einer Leistungsminderung von 20 % möglich, womit das Total der Tabelle TA1 der LSE 2016, Kompetenzniveau 1, Frauen, zu Grunde zu legen ist (vgl. statt vieler: Entscheid des BGer vom 11. Januar 2018, 9C_621/2017, E. 2.3.1). Hingegen erscheint der gewährte Abzug vom Tabellenlohn von 15 % nicht gerechtfertigt. Die gesundheitlichen Einschränkungen sind mit der festgestellten Leistungsminderung sowie dem anzuwendenden tiefsten Kompetenzniveau 1 bereits hinreichend berücksichtigt (vgl. statt vieler Entscheide des BGer vom 23. März 2018, 8C_61/2018, E. 6.5.2, und vom 19. Februar 2010, 8C_773/2009, E. 5.3). Das eingeschränkte Rendement bei vollschichtig zumutbarer Präsenz bietet regelmässig keine Grundlage für einen Abzug (Entscheid des BGer vom 8. Mai 2018, 8C_211/2018, E. 4.4 mit Hinweisen). Letztlich kann jedoch offen bleiben, ob der gewährte Abzug gerechtfertigt ist, da ohnehin kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert (vgl. E. 4.4 hiernach).

Schliesslich ist das medizinisch-theoretische Zumutbarkeitsprofil auf dem hier massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertbar. Rechtsprechungsgemäss sind an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen. Dies insbesondere, weil das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln ist (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459 f.), der auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können, umfasst (Entscheide des BGer vom 2. August 2018, 8C_94/2018, E. 6.3, und vom 9. Januar 2015, 8C_652/2014, E. 3.2.2.1). Daraus folgt, dass für die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (SVR 2016 IV Nr. 2 S. 6 E. 4.4). Von einer Arbeitsgelegenheit im Sinne von

Art. 16 ATSG kann aber dort nicht mehr gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (SVR 2017 IV Nr. 64 S. 201 E. 4.1, 2011 IV Nr. 6 S. 18 E. 4.2.4). Vorliegend wurde das medizinische Zumutbarkeitsprofil nicht derart eingeschränkt formuliert, dass davon ausgegangen werden muss, auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt beständen keine Tätigkeiten mehr. Es existiert ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten, so z.B. in verschiedenen Hilfsarbeitsbereichen, die dem Fähigkeitsprofil der Beschwerdeführerin ohne weiteres entsprechen. Somit kann nicht auf die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit geschlossen werden.

4.4 Die Gegenüberstellung des Validen- und des Invalideneinkommens ergibt eine Einbusse von Fr. 448.-- (Fr. 37'700.-- ./ Fr. 37'252.--) und damit einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 1 % (Fr. 448.-- / Fr. 37'700.-- x 100; vgl. E. 2.2 hiervoor; zur Rundung: BGE 130 V 121).

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung 20. Mai 2019 (act. II 107) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden kann (vgl. E. 1.2 hiervoor).

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, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.