

200 20 276 IV
JAP/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Juli 2020

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. März 2020



Sachverhalt:

A.

Im Dezember 1991 meldete sich die ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) unter Hinweis auf eine Endokarditis ulcerosa und rheumatica bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) – zum zweiten Mal – zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 1.1 S. 61 – 66). Mit Verfügungen vom 15. Juli und 23. September 1993 (act. II 1.1 S. 40 – 43) sprach die Ausgleichskasse des Kantons Bern (nachfolgend AKB) der Versicherten mit Wirkung ab 1. November 1991 eine auf einem Invaliditätsgrad von 80% (act. II 1.1 S. 47) basierende Invalidenrente samt Kinderrenten für den 1979 geborenen Sohn und die 1988 geborene Tochter (act. II 1.1 S. 62) zu. Dies wurde bei ordentlichen Revisionen mit Verfügungen vom 30. August 1996 (act. II 1.1 S. 1 f.) bzw. 27. November 2000 (act. II 7) jeweils bestätigt. Ein Gesuch um Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung (act. II 8) wies die IVB mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 16. Januar 2002 (act. II 14) ab.

B.

Anlässlich einer im August 2005 eingeleiteten ordentlichen Rentenrevision (act. II 20) veranlasste die IVB in der MEDAS C. _____ eine polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 21. Juli 2006 [act. II 26]). Die Gutachter attestierten für jede körperlich leichte sowie höchstens intermittierend mittelschwere Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20% (S. 19). Mit Verfügung vom 1. Dezember 2006 (act. II 38) hob die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 20% die laufende Rente per 31. Januar 2007 auf. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 43) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 11. September 2007 (IV 67607 [act. II 46 S. 1 –18]) ab. Auf Beschwerde der Versicherten hin hob das Bundesgericht dieses Urteil mit Entscheid vom 28. April 2008 (9C_720/2007 [act. II 52]) auf und wies die Sache an die IVB zurück, damit sie zur erwerblichen Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit, die

Kooperation der Versicherten vorausgesetzt, die erforderlichen Vorkehren treffe und anschliessend über die im Grundsatz gebotene Rentenrevision in zeitlicher und masslicher Hinsicht neu verfüge (E. 4.2 [S. 6 f.]). In der Folge richtete die IVB die bisherige ganze Rente weiterhin aus (act. II 54; 59; 62), veranlasste zwecks Klärung der gesundheitlichen Entwicklung seit dem Gutachten der MEDAS C._____ eine Untersuchung durch Dr. med. D._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD [vgl. Berichte vom 6. März 2009; act. II 77 f.]), und leitete im Mai 2009 Eingliederungsmassnahmen (Belastbarkeitstraining [act. II 86; 88]) ein, welche die IVB wegen der selbstlimitierenden Faktoren und der nicht ersichtlichen Motivation (act. II 101) rückwirkend per 20. Mai 2009 abbrach (act. II 98; 101).

C.

Im Juli 2012 leitete die IVB ein weiteres Revisionsverfahren ein (act. II 111), wobei die Versicherte gegenüber der IVB am 15. Oktober 2012 angab, ihr Gesundheitszustand habe sich wegen eines neuen Bandscheibenvorfalles seit zirka sechs Monaten verschlechtert (act. II 113 S. 1). Nachdem eine von der IVB veranlasste arbeitsmarktlich-medizinische Abklärung (AMA [vgl. act. II 137]) vorzeitig abgebrochen werden musste (act. II 142), holte die IVB weitere medizinische Unterlagen sowie einen Bericht der RAD-Ärztin Dr. med. D._____ (act. II 161) ein. Diese gelangte zum Schluss, es habe weiterhin das von der MEDAS C._____ formulierte medizinische Zumutbarkeitsprofil aus dem Jahr 2006 Gültigkeit (S. 4). In der Folge scheiterte die Durchführung eines Belastbarkeitstrainings abermals, woraufhin die IVB mit Verfügung vom 13. Januar 2016 (act. II 185) einen weiteren Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen mit der Begründung verneinte, die Versicherte sei trotz Aufforderung dem Belastbarkeitstraining seit dem 11. November 2015 unentschuldig ferngeblieben, womit sie ihre Pflicht zur Schadenminderung verletzt habe. Mit weiterer Verfügung vom 8. Februar 2016 (act. II 192) hob die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 20% die bisherige ganze Rente mit Wirkung auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf. Die gegen beide Verfügungen erhobenen Beschwerden wies das Verwaltungsgericht des Kantons

Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 19. Oktober 2017 (VGE IV/2016/142 und 291 [act. II 204]) ab. In teilweiser Gutheissung der von der Versicherten dagegen gerichteten Beschwerde hob das Bundesgericht dieses Urteil mit Entscheid vom 19. Februar 2018 (9C_822/2017 [Akten der IVB {act. IIA}, 209]) auf und wies die Sache – verbunden mit der Feststellung, die medizinischen Unterlagen erlaubten keine zuverlässige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit – zwecks Durchführung eines fachärztlichen Gutachtens und anschliessend neuer Verfügung an die IVB zurück (E. 4.3 [S. 6]).

D.

In der Folge holte die IVB weitere Berichte behandelnder Ärzte ein und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung durch die E._____. (nachfolgend MEDAS E._____; Expertise vom 21. Dezember 2018 [act. IIA 272.1 ff.]). Mit Vorbescheid vom 20. Februar 2019 (act. IIA 274) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 20% die Aufhebung der Invalidenrente per 31. März 2016 in Aussicht. Dagegen liess die Versicherte Einwand erheben (act. IIA 281) und diverse Arztberichte einreichen, woraufhin die IVB bei de MEDAS E._____ eine Stellungnahme einholte (Bericht vom 28. Februar 2020 [act. IIA 297]). Mit Verfügung vom 6. März 2020 (act. IIA 298) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

E.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, mit Eingabe vom 7. April 2020 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Kanton Bern sei vollumfänglich aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei eine 100% IV-Rente zuzusprechen.
2. Eventualiter sei der Beschwerdeführerin eine halbe IV-Rente zuzusprechen.
3. Subeventualiter sei die vorliegende Angelegenheit an die IV-Stelle Bern zur Neubeurteilung im Sinne der Erwägungen zurückzuweisen.

4. Der Beschwerdeführerin sei für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren, unter Beiordnung der unterzeichnenden Rechtsanwältin als amtliche Rechtsbeiständin.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. Mai 2020 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 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 6. März 2020 (act. IIA 298). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die bisherige

ganze Invalidenrente zu Recht rückwirkend per 31. März 2016 aufgehoben hat.

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

2.1.1 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

2.2

2.2.1 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).

2.2.2 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 u.a. bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar (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).

Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.2.3 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 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

2.2.4 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsab-

klärung, eine Beweismwürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2019 IV Nr. 68 S. 220 E. 2).

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).

3.

3.1 Mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 15. Juli 1993 (act. II 1.1 S. 42 f.) sprach die damals zuständige (vgl. Schlussbestimmungen der Änderungen vom 22. März 1991 [3. IV-Revision]) AKB der Versicherten ab November 1991 eine auf einem Invaliditätsgrad von 80% (vgl. act. II 1.1 S. 45) basierende ganze Invalidenrente samt Kinderrente für die 1988 geborene Tochter sowie mit weiterer Verfügung vom 23. September 1993 (act. II 1.1 S. 40 f.) eine Kinderrente für den 1979 geborenen Sohn zu. Indem Kinderrenten im Verhältnis zur Hauptrente strikt akzessorisch sind (vgl. MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 471 N. 1), kommt der Verfügung vom 23. September 1993 unter revisionsrechtlichem Blickwinkel jedoch keine eigenständige Bedeutung zu. Demnach bildet massgebender Referenzzeitpunkt (vgl. E. 2.2.4 vorne) allein die Verfügung vom 15. Juli 1993. Ebenso wenig massgeblich ist – entgegen der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 5 Ziff. 7, S. 7 Ziff. 11 und S. 10 Ziff. 13) – die renteneinstellende Verfügung vom 1. Dezember 2006 (act. II 38), wurde diese doch vom Bundesgericht auf Beschwerde der Beschwerdeführerin hin kassiert (act. II 52), was gleichermaßen auf die renteneinstellende (und damit ebenfalls nicht referenzielle)

Verfügung vom 8. Februar 2016 (act. II 192) zutrifft (act. IIA 209). Ferner lagen den unangefochten gebliebenen Revisionsverfügungen vom 30. August 1996 (act. II 1.1 S. 1 f.) und vom 27. November 2000 (act. II 7) jeweils lediglich Berichte der behandelnden Ärzte zugrunde, was den Anforderungen an eine rechtskonforme Sachverhaltsabklärung (Art. 43 Abs. 1 ATSG; vgl. E. 2.2.4 vorne) nicht genügt. Schliesslich erging die Verfügung vom 6. August 2008 (act. II 62) im Nachgang des Bundesgerichtsentscheides vom 28. April 2008 (act. II 52) und regelte allein die Nachzahlung der Rentenbeträge für die Zeit, in welcher der Entzug des Suspensiveffekts (vgl. act. II 38 S. 2) gewirkt hatte. Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden somit die Verfügungen vom 15. Juli 1993 einerseits und vom 6. März 2020 andererseits (vgl. E. 2.2.4 vorne).

3.2 Bei Erlass der Verfügung vom 15. Juli 1993 stützte sich die AKB im Wesentlichen auf den Bericht des F. _____ vom 10. November 1992 (act. II 1.1 S. 50 f.), wonach die Beschwerdeführerin ein chronisches ängstlich-depressives Zustandsbild aufweise, welches ihre Arbeitsfähigkeit dauerhaft, ja sogar definitiv einschränke. Die derzeitige Leistungsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Bürotätigkeit betrage 20% (ca. 10 Stunden Arbeit pro Woche [S. 50]). Daraus schloss die AKB auf einen Invaliditätsgrad von 80%, woraus ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente resultierte.

3.3 Bis zum Erlass der – zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden – angefochtenen Verfügung vom 6. März 2020 (act. IIA 298; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Im Gutachten der MEDAS C. _____ vom 21. Juli 2006 (act. II 26) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (S. 17 f.):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Neurasthenie (ICD-10 F48.0)
 - DD: nicht organische Hypersomnie (ICD-10 F51.1)
- chronisch rezidivierende Cephalaea (ICD-10 M53.1)
 - DD: im Rahmen eines cervicocephalen Schmerzsyndroms
- Chronisches Panvertebralsyndrom bei leichter Wirbelsäulenfehlform (ICD-10 M53.8)

- Myofaszielles Schmerzsyndrom des rechten Schultergürtels (ICD-10 M75.0)
- Tendenz zu allgemeiner Hyperlaxität (ICD-10 M24.2)
- Idiopathische Hypersomnie anamnestisch (ICD-10 M51.1)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Humoraler Immundefekt mit rezidivierenden Furunkulosen sowie Atemwegsinfekten und Wundheilungsstörungen (ICD-10 D80.9)

Die diagnostischen Kriterien eines chronic fatigue-Syndroms seien formal nicht erfüllt (S. 13). In psychiatrischer Hinsicht handle es sich beim geklagten Beschwerdebild diagnostisch um eine Neurasthenie. Gemäss Aussagen des behandelnden Arztes habe sich der Gesundheitszustand in letzter Zeit verbessert, was bestätigt werden könne (S. 16 f.). Die Beschwerdeführerin brauche einzig überdurchschnittlich viel Schlaf; ansonsten liessen sich keine psychopathologischen Symptome feststellen. Eine depressive Störung liege nicht vor. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 20% (S. 17). In der Gesamtbeurteilung gelangten die Experten zum Schluss, dass in der angestammten, körperlich leichten Tätigkeit der Beschwerdeführerin (als ... in der ... bzw. ... [vgl. S. 18; act. II 60 S. 1 f., 4]) eine Arbeitsunfähigkeit von 20% bzw. eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 80% bestehe (act. II 26 S. 19).

3.3.2 Im Untersuchungsbericht vom 6. März 2009 (act. II 78) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ die folgenden Diagnosen fest (S. 4):

- Genetischer humoraler Immundefekt (IgG-Defekt), Substitutionstherapie
- Gemäss Gutachten der MEDAS C._____ : Neurasthenie
- Gemäss eigener Untersuchung: Anamnestisch Schmerzen, Hypersomnie, Migräne. Keine objektivierbare Erkrankung.

Die RAD-Ärztin gab zusammenfassend an, es fänden sich keine relevanten, zum Gutachten von 2006 differenten Befunde. Der Unfall von 2007 habe keinen Einfluss, die Wirbelsäule sei frei beweglich. Motorisch beständen keine Einschränkungen, auf die Arbeitsfähigkeit hätten die Parästhesien keine Auswirkung. Die zumutbare Arbeitsfähigkeit betrage wie im Gutachten 2006 veranschlagt 80%, und zwar für die bisherige wie auch für

andere Tätigkeiten (bis mittelschwer, volle Ausschöpfung nach Muskelaufbau, d.h. nach spätestens zwölf Wochen einforderbar [S. 4 f.]).

3.3.3 Am ... 2010 erfolgte eine Rückenoperation (vgl. act. II 159 S. 2). Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte postoperativ im Bericht vom 1. Februar 2011 (act. II 159 S. 6) die folgenden Diagnosen auf:

- Zustand nach Dekompression L4/5 und L5/S1 links
- Discushernie L5/S1 links mit Kompromittierung der Nervenwurzel L5
- Zustand nach Autounfall Lastwagen versus Auto am ... 2007
- Chronisches Fatiguesyndrom
- Fibromyalgisches Schmerzsyndrom

Von Seiten der lumbalen Dekompression zeige die Beschwerdeführerin ein sehr schönes Resultat, es gehe ihr gut. Die ischialgieforme Komponente sei praktisch verschwunden, die Belastbarkeit der Wirbelsäule bereits recht gut erhalten.

3.3.4 Im Bericht vom 31. Januar 2013 (act. II 118) gab die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an, wobei sie festhielt, wegen lumbaler Probleme (Status nach Diskushernie) sollte keine schwere Arbeit verrichtet werden. Zumutbar sei dasselbe wie 2006: 100% Präsenz, 80% Leistung für eine angepasste Tätigkeit (S. 6).

3.3.5 Dr. med. H._____, Facharzt für Chirurgie, hielt im Bericht vom 17. Juli 2013 (act. II 127) fest, er habe eine Dekompression des Ringbandes am Zeigefinger rechts vorgenommen, dies am ... 2012. Des Weiteren sei auch eine Dekompression des Nervus medianus rechts bei Carpaltunnelsyndrom Grad II rechts erfolgt, dies am ... 2013. Die postoperative Nachbetreuung und der postoperative Verlauf hätten sich absolut problemlos mit termingerechtem Verlauf gestaltet. Die beiden gestellten Diagnosen und die beiden durchgeführten Operationen führten in keiner Art und Weise zu einer Beeinträchtigung in irgendwelcher Form.

3.3.6 Mit Bericht vom 20. Februar 2014 (act. II 144) führte Dr. med. I._____, Fachärztin für Rheumatologie, im Wesentlichen die folgenden Diagnosen auf:

- Ischialgieformes Schmerzsyndrom rechts

- Immundefektsyndrom mit absolutem Immunglobulinmangel IgG Subklasse Typ IV
- Status nach HWS-Distorsion 1979

Weder klinisch noch im Labor fänden sich Hinweise auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung. Die Symptomatik sei mit dem Immundefektsyndrom gut zu erklären. Eine gründliche neurologische Abklärung wäre aber sinnvoll, zumal im Gespräch mehrmals der Eindruck von absenzartigen Störungen entstanden sei. Eine berufliche Reintegration auch zu einem kleinen Pensum mache wohl keinen Sinn, da für eine Erwerbstätigkeit die physischen Reserven schlicht und einfach fehlten (S. 1)

3.3.7 Nachdem Dr. med. J. _____, Facharzt für Anästhesiologie, am 4. Dezember 2012 (act. II 117) ab dem 1. Dezember 2012 bis auf weiteres eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 2) und am 28. Mai 2013 (act. II 123) angegeben hatte, die gesundheitlich begründete Arbeitsunfähigkeit sei wie bisher (S. 1), berichtete er am 22. April 2014 (act. II 145) von einem stationären Gesundheitszustand und dass sich seit der letzten Diagnosestellung (Immundefektsyndrom, Spondylarthrosen) keine Änderungen ergeben hätten (S. 1).

3.3.8 Die RAD-Ärztin Dr. med. D. _____ hielt im Bericht vom 26. November 2014 (act. II 161) fest, die polydisziplinäre Untersuchung vom Juli 2006 habe nachweislich einen guten körperlichen Zustand gezeigt, an dem seither nur die Wirbelsäulenoperation eine kleine Änderung ergeben habe. Auch jetzt ständen nach wie vor Schmerzen und Müdigkeit im Zentrum der Klagen, auch da habe sich nichts verändert. Die Schlussfolgerung von damals, für leichte Arbeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80%, könne auch heute als gültig bezeichnet werden. Am bisherigen Zumutbarkeitsprofil könne aus medizinischer Sicht festgehalten werden (S. 4).

3.3.9 Im Zusammenhang mit einer am 20. Juli 2015 erfolgten Operation am linken Daumen (act. II 171) gab die RAD-Ärztin Dr. med. D. _____ nach RAD-interner Rücksprache mit einem Orthopäden am 28. Juli 2015 (act. II 172) an, nach einer solchen Operation könne der Daumen nach sechs Wochen wieder voll belastet werden.

3.3.10 Dr. med. K. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Gastroenterologie, hielt nach Durchführung einer Oesophago-

Gastro-Duodenoskopie im Bericht vom 21. April 2016 (act. IIA 219 S. 11) fest, abgesehen von einer kleinen Hiatushernie habe sich das endoskopische Bild des oberen Verdauungstrakts als normal erwiesen. Das nach wie vor häufige Erbrechen dürfte wohl am ehesten eine Begleiterscheinung der Migräne darstellen.

3.3.11 Im Bericht des Spitals L. _____ vom 17. Mai 2016 (act. IIA 221 S. 14 f.) wurde als Hauptdiagnose eine komplette, transmurale Ruptur der Supraspinatussehne am Ansatz, eine symptomatische pathologische lange Bicepssehne und eine symptomatische AC-Gelenksarthrose Schulter links, festgehalten. Am ... 2016 erfolgte daselbst ein operativer Eingriff (act. IIA 221 S. 11). Der Befund präsentierte sich postoperativ regelrecht (act. IIA 221 S. 4, 6). Im Bericht vom 6. Januar 2017 (act. IIA 221 S. 2 f.) wurde festgehalten, es zeige sich eine regelrechte klinische Untersuchung 6 Monate postoperativ mit leichten Restbeschwerden, welche in der Schmerztherapie angegangen würden (S. 2).

3.3.12 Am ..., ... und am ... 2017 erfolgten im Spital L. _____ jeweils notfallmässige Behandlungen aufgrund einer Lumbalgie (act. IIA 243 S. 10), eines Verdachts auf Gastritis mit Erbrechen und leichter Dehydrierung (act. IIA 219 S. 6) bzw. einer akuten Sinusitis und Pharyngitis (act. IIA 219 S. 2).

3.3.13 Dr. med. M. _____, Facharzt für Anästhesiologie, vom Spital L. _____, hielt im Bericht vom 16. November 2017 (act. IIA 232 S. 1) fest, die Beschwerdeführerin leide seit mehr als 25 Jahren an chronischen Rückenschmerzen. Im Verlaufe der Krankheit sei es zur Entwicklung einer Schmerzkrankheit (chronic pain disease) gekommen. Nach so vielen Jahren könne sie mit der Krankheit relativ gut umgehen. Die periodischen Schmerzexazerbationen träten wiederholt auf. Der Auslösefaktor sei meistens eine Belastungssituation, die zu einer Exazerbation der chronischen Schmerzen und Immobilisierung führe. Die Beschwerdeführerin sei mehrere Jahrzehnte mit Opioiden behandelt worden. Pathognomonisch sei ein gesteigertes Schmerzempfinden. Jedes Mal nach einem Trauma bzw. nach jeder Operation sei mit einer Hyperalgesie-Periode zu rechnen. Das langjährige Leiden habe zu den typischen Veränderungen der Persönlichkeit

und des Zentralnervensystems geführt. Aufgrund dieses Leidens sei sie praktisch zu 100% erwerbsunfähig.

3.3.14 Im polydisziplinären, auf einer internistischen, rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchung basierenden Gutachten vom 21. Dezember 2018 (act. IIA 272.1 ff.) der MEDAS E._____ wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. IIA 272.1 S. 5):

Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- Migräne ohne Aura (IHS 1.1, ICD-10 G43.0)
- Wahrscheinlicher Kopfschmerz bei Triptanübergebrauch (IHS 8.2.7.2)
- Chronisches rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom mit wahrscheinlicher pseudoradikulärer Ausstrahlung L5 und S1 rechts bei Status nach Dekompressionsoperation L4/5 und L5/S1 links inklusive Foraminotomie und Rhizotomie im ... 2010
 - Wirbelsäulenfehlform mit leichter s-förmiger Skoliose
 - MRI LWS 2015 keine Spinalstenose, Spondylarthrosen
 - MRI LWS 02/14 im Vergleich zu 2012 keine wesentlichen Veränderungen, Spondylarthrosen L4/5
- Chronisches Fatigue-Syndrom (Eigenangabe) noch nicht endgültig geklärt Ätiologie
- Immundefizienzsyndrom IgG ED 2000
 - IgG-Subklassenmangel (IgG3/IgG4) - verminderte Subklassen 2-Kapazität
 - Verminderte periphere B-Lymphozyten
 - rezidivierende Atemwegs- und Hautinfektionen, Wundheilungsstörungen
 - regelmässige Immunglobulinersatztherapien seit 2000
 - Hizentra seit ca. 2008

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- Status nach A1-Ringbandsplattung des linken Daumens am ... 2015 ohne Hinweis auf ein Carpaltunnelsyndrom
- Subklinische Hypothyreose
- Fibromyalgiesyndrom
 - Wide spread pain index>7, severity scale score>5
 - Ganzkörperschmerzen, Gelenkschmerzen vor allem grosse Gelenke
- Chronisches Cervikovertebralsyndrom
- St. n. drei Unfällen mit Kopf/HWS-Beteiligung 1979, 1984 und 2007
- Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit vor allem histrionischen und narzisstischen Anteilen (ICD-10 Z73)

In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, die Beschwerdeführerin leide nach eigenen Aussagen unter einer Vielzahl somatischer Beschwerden (Immunschwäche, schwere Infektionen, Migräneattacken seit Kindesalter, Müdigkeit sowie muskuläre und skelettale Beschwerden). Ein Autounfall im Jahr 1979 und generelle Einflüsse in der Lebensgeschichte

hätten zahlreiche chirurgische Massnahmen zur Folge gehabt, welche aber keinen relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zur Konsequenz gehabt hätten. Eine nennenswerte psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie scheine nicht stattgefunden zu haben, Beschwerden aus diesem Fachgebiet würden von der Beschwerdeführerin denn auch deutlich verneint. Auf internistischem Fachgebiet habe sich keine neue Diagnose ergeben. Das Immunmangelsyndrom werde therapiert und überwacht. Das chronische Fatiguesyndrom sei aetiologisch unklar, ausgeschlossen sei eine psychiatrische Ursache. Während sämtlichen Begutachtungssituationen hätten keine klinischen Verdachtsmomente für eine erhöhte Tagesmüdigkeit oder gar imperative Schlafattacken bestanden. Auf rheumatologischem Fachgebiet bestehe ein chronisches Lumbovertebralsyndrom. Die neu durchgeführten Röntgenbilder der gesamten Wirbelsäule hätten moderate degenerative Veränderungen im Bereich der LWS, jedoch kein Korrelat für das hohe Ausmass der geschilderten Beschwerden gezeigt. Das Fibromyalgiesyndrom könne bestätigt werden. Aus neurologischem Fachgebiet sei den geschilderten jahrelang bestehenden Migräneattacken die grösste Bedeutung zuzumessen. Andere diesem Fachgebiet zugeordnete Beschwerden seien grösstenteils erklärbar, jedoch für die Arbeitsfähigkeit nicht in relevanter Weise einflussnehmend. Die Medikamentencompliance sei bei niedrigen Medikamentenspiegeln nicht ausreichend gegeben, was den von der Beschwerdeführerin berichteten ausgeprägten Leidensdruck generell etwas in Frage stelle (S. 4). Die Arbeitsfähigkeit betrage sowohl für die bisherige wie auch eine den Leiden angepasste Tätigkeit 80% (S. 6). Eine Schlafattacke (Selbstangabe) oder eine Exazerbation der Migräne könnten vermehrte Pausen bedingen. Das chronische Lumbovertebralsyndrom könne eine Schmerzentlastung notwendig machen und mache körperlich schwere Tätigkeiten und Zwangspositionen unzumutbar (S. 5).

3.3.15 Im Bericht des Spitals L. _____ vom 13. Januar 2019 (act. IIA 275 S. 4 f.) wurden als Hauptdiagnosen eine symptomatische AC-Arthropathie Schulter rechts, ein Verdacht auf degenerative Meniskusläsion medial Knie links sowie ein fibromyalgieformes Schmerzsyndrom unter schmerztherapeutischer Behandlung festgehalten. Bezüglich der diffusen Schulterschmerzen sei die bereits im CT diagnostizierte AC-Gelenksarthropathie objektivierbar. Bezüglich der medialen Kniegelenks-

schmerzen würden analgetische Massnahmen in Eigenregie sowie physiotherapeutische Behandlung empfohlen. Sollten die Beschwerden hier nicht besser werden beziehungsweise ein rezidivierender Erguss oder Blockadephänomene auftreten, sei eine MRI-Diagnostik in die Wege zu leiten (S. 5).

3.3.16 Im mit "Ärztlicher Widerspruch zu Händen IV etc." betitelttem Bericht vom 24. März 2019 (act. IIA 281 S. 1 – 3) hielt med. pract. Axel N. _____, Praktischer Arzt, fest, entgegen dem Gutachten liege bei der Beschwerdeführerin "eine bipolare Störung (also eine psychiatrische Persönlichkeitsstörung)" vor (S. 2).

3.3.17 Dr. med. O. _____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 9. Mai 2019 (act. IIA 285) eine episodische Migräne mit häufiger Attackenfrequenz (S. 1). Die hohe Attackenfrequenz sei sicherlich problematisch für die Arbeitsfähigkeit wegen drohender Ausfälle. Die Beschwerdeführerin habe eine funktionierende Akuttherapie für den Migränekopfschmerz. Aufgrund der hohen Attackenfrequenz wäre prinzipiell eine Kopfschmerzprophylaxe zu empfehlen. Da die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben nicht jedes Medikament einnehmen dürfe, habe er heute eine solche nicht verschrieben. Prinzipiell gebe es verschiedene Substanzen, welche zur Migräneprophylaxe geeignet seien (S. 2).

3.3.18 In ihrer Stellungnahme vom 28. Februar 2020 (act. IIA 297) hielten die Experten der MEDAS E. _____ fest, die zur Verfügung gestellten neuen medizinischen Unterlagen (vgl. act. IIA 292) erbrächten aus gutachterlicher Sicht keine neuen Erkenntnisse mit Ausnahme einer neu aufgetretenen Knieproblematik, welche zum Zeitpunkt des Gutachtens nicht thematisiert worden sei. Ohne Kenntnis über den Verlauf dieser neuen Situation gebe es keinen Grund, von dem im Gutachten formulierten Zumutbarkeitsprofil abzuweichen (act. IIA 297 S. 3 f.).

3.4

3.4.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen

Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4.2 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).

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

3.5 Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS E. _____ vom 21. Dezember 2018 (act. IIA 272.1 ff.) erfüllt – im Verbund mit der Stellungnahme vom 28. Februar 2020 (act. IIA 297) – die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4.2 vorne) und erbringt Beweis. Es ist in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung sowie hinsichtlich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in allen Teilen nachvollziehbar, die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet und es lassen sich gestützt darauf sämtliche vorliegend relevanten Tat- und Rechtsfragen zuverlässig beantworten. Die Gutachter gelangten zum Schluss, dass eine Migräne ohne Aura, ein wahrscheinlicher Kopfschmerz bei Triptanübergebrauch, ein chronisches rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom, ein chronisches Fatigue-Syndrom (gemäss Eigenangabe sowie unklarer Ätiologie) und ein Immunmangelsyndrom die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowohl in der angestammten wie auch in

einer angepassten Tätigkeit im Umfang von gesamthaft 20% einschränken (vgl. E. 3.3.14 vorne).

3.6 Was die Beschwerdeführerin gegen diese gutachterlichen Einschätzungen vorbringt, dringt nicht durch:

3.6.1 Dass die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nur in geringem Ausmass gewürdigt worden seien (Beschwerde, S. 6 Ziff. 10), trifft nicht zu: So hat sich der neurologische Teilgutachter ausführlich mit den geltend gemachten Kopfschmerzen (in Form einer Migräne ohne Aura sowie eines wahrscheinlichen Kopfschmerzes bei Triptanübergebrauch) ausführlich auseinandergesetzt (vgl. act. IIA 272.3 S. 9 – 12). Dasselbe trifft auch auf die geltend gemachten Schlafattacken zu, wobei der Umstand, dass eine endgültige somnologische Diagnose nicht gestellt respektive die Ätiologie der seit Jahren geklagten Tagesmüdigkeit nicht geklärt werden konnte, nicht etwa auf eine nachlässige Expertisierung zurückzuführen ist. Vielmehr hielt der neurologische Teilgutachter fest, einerseits sprächen die von der Beschwerdeführerin mitgeteilten imperativen Schlafattacken und die positive Familienanamnese (offenbar diagnostizierte Narkolepsie des Sohnes) für eine Narkolepsie, andererseits hätten aber während der Teilbegutachtung keine klinischen Verdachtsmomente auf eine erhöhte Tagesmüdigkeit oder gar imperative Schlafattacken bestanden (S. 10). Was den letzteren Punkt anbelangt, kamen die Gutachter interdisziplinär unter dem Blickwinkel der Konsistenz zum Schluss, der tatsächliche Schweregrad der genannten – seit vielen Jahren bestehenden – übermässigen Müdigkeit sei unklar. In der gesamten Begutachtungssituation, welche insgesamt mehrere Stunden angedauert habe, mit wenigen bis gar keinen Pausen, sei ein weitgehend stabiles und hohes Aufmerksamkeitsniveau gegeben gewesen (act. IIA 272.1 S. 6). Soweit die Beschwerdeführerin (vgl. S. 7 Ziff. 11) dagegen einwendet, die jeweiligen Untersuchungen hätten "jeweils höchstens eine Stunde" gedauert, trifft dies nach der Aktenlage nicht zu: Zwar erfolgten die Untersuchungen nicht an einem einzigen Tag, jedoch dauerten die einzelnen fachspezifischen Explorationen nach den dokumentierten Zeiten (act. IIA 272.2 S. 1; 272.3 S. 1; 272.4 S. 4) mehrere Stunden. Wenn die Experten deshalb aus dem beobachteten, weitgehend stabilen und hohen Aufmerksamkeitsniveau entsprechende, die subjektiven

Beschwerdenangaben relativierende Schlüsse hinsichtlich der seit Jahren geklagten übermässigen Müdigkeit zogen (act. IIA 272.1 S. 6), so ist dies nachvollziehbar und entspricht im Übrigen dem (invalidenversicherungsrechtlichen) Gebot einer sorgfältigen Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296). Hervorzuheben ist sodann, dass bereits im Rahmen der Begutachtung in der MEDAS C._____ ausdrücklich keine Einschränkung der Wachsamkeit und Aufmerksamkeit festgestellt werden konnte (act. II 26 S. 12 oben und S. 13).

3.6.2 Sodann stützten sich die Experten hinsichtlich der angenommenen Malcompliance betreffend der medikamentösen Behandlung sowohl der Migräne wie auch der Hypersomnie (act. IIA 272.1 S. 4, 6; 272.3 S. 10, 12; 272.4 S. 16) auf die labortechnisch erhobenen Werte (act. IIA 272.4 S. 13; 272.5 S. 2), weshalb nicht ersichtlich ist, inwiefern der niedrige Medikamentenspiegel "den Anforderungen an ein rechtserhebliches Beweismittel" nicht genügen soll (Beschwerde S. 7 Ziff. 11). Namentlich lassen sich den nach der Erstellung des Gutachtens verfassten Berichten der behandelnden Ärzte keine Hinweise entnehmen, wonach die labormässigen Untersuchungen und die daraus von den Experten gezogenen Schlüsse nicht lege artis erfolgt sein könnten. Auch hat Dr. med. O._____ aus fachärztlicher Sicht eine medikamentöse Kopfschmerzprophylaxe als grundsätzlich indiziert beurteilt (act. IIA 285 S. 2), womit der Einwand in der Beschwerde, es sei nur mehr an invasive Methoden zu denken, da die Dauertherapien keinen Erfolg brächten (S. 6 Ziff. 11), nicht zutrifft. Zwar habe – so Dr. med. O._____ – die Beschwerdeführerin angegeben, sie dürfe nicht jedes Medikament nehmen, woraufhin er keine entsprechenden Medikamente verschrieb. Jedoch wies er darauf hin, dass die Medikamente situativ den Nebendiagnosen angepasst werden könnten. Dass bei der Beschwerdeführerin eine klare Kontraindikation für sämtliche migräneprophylaktischen Medikamente gegeben wäre, ergibt sich nicht aus den Akten und wird auch nicht geltend gemacht.

3.6.3 Soweit med. pract. N._____ im Bericht vom 24. März 2019 (act. IIA 281 S. 1 – 3) das Vorliegen einer bipolaren Störung respektive einer Persönlichkeitsstörung postuliert, kann dem in beweismässiger Hin-

sicht nicht gefolgt werden: Zunächst verfügt med. pract. N. _____ nicht über eine psychiatrische Facharztausbildung, womit ihm die Kompetenz für eine entsprechende Diagnosestellung abgeht. Sodann hat die Expertin der MEDAS E. _____ aus fachärztlicher Sicht zu diesem Einwand Stellung genommen und ihn mit nachvollziehbarer Begründung verworfen (act. IIA 297 S. 1 f.). Zu ergänzen ist, dass sich die von ihr im Hauptgutachten erhobene psychopathologische Befundlage weitgehend bland präsentierte (act. IIA 272.2 S. 24 f.) und ihre auf einlässlicher Auseinandersetzung mit der Aktenlage sowie den klinischen Befunden erfolgte Einschätzung, wonach keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (S. 26), nachvollziehbar und schlüssig ist (vgl. E. 3.5 vorne). Insbesondere hat sich die Sachverständige auch ausdrücklich zur Persönlichkeit geäußert und ist zum ebenfalls überzeugenden Schluss gekommen, dass allein ein Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge bestehe (S. 27). Schliesslich ist auch darauf hinzuweisen, dass aus fachärztlicher Sicht nie eine Persönlichkeits- (oder bipolare) Störung diagnostiziert wurde (vgl. auch act. II 26 S. 14 ff.) und sich die Beschwerdeführerin gemäss der (zu Recht) unwidersprochen gebliebenen Feststellung im Gutachten nie einer längerfristigen psychiatrisch psychotherapeutischen Behandlung unterzogen hat (act. IIA 272.2 S. 29). Diese Umstände sprechen gegen das Vorliegen einer das funktionelle Leistungsvermögen erheblich einschränkenden psychopathologischen Problematik respektive stützen entgegen der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 8 Ziff. 12) die Einschätzung der Fachexpertin im Gutachten der MEDAS E. _____.

3.6.4 Im Weiteren ist die Kontroverse um die seitens der Gutachter der MEDAS E. _____ thematisierte Ritalin-Behandlung (Beschwerde S. 8 f. Ziff. 12) im streitgegenständlichen Kontext irrelevant. Zwar würde sich – so die psychiatrische Expertin – eine Ritalintherapie "vermutlich sehr positiv" auf die beklagte Müdigkeit auswirken, weil dies in der Vergangenheit bereits einmal für einen langen Zeitraum der Fall gewesen sei (act. IIA 272.2 S. 32; 297 S. 2). Auch könne dadurch "eventuell" die Arbeitsfähigkeit verbessert werden (act. IIA 272.2 S. 32). Entscheidend ist jedoch, dass die Gutachterin ihre Feststellung, wonach in psychiatrischer Hinsicht keine einschränkenden Funktions- und Fähigkeitsstörungen vorlägen (S. 30), in

keiner Weise von einer (noch durchzuführenden) Behandlung mittels Ritalin abhängig gemacht hat.

3.6.5 Sodann ist die in der Stellungnahme vom 28. Februar 2020 (act. IIA 297) getroffene Einschätzung der Gutachter, die im Nachgang zum Hauptgutachten eingereichten medizinischen Berichte erbrächten aus gutachterlicher Sicht keine neuen Erkenntnisse (S. 3), entgegen der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 9 f. Ziff. 12) schlüssig: Was die durchgeführten schmerztherapeutischen Interventionen anbelangt (vgl. act. IIA 275), so ergeben sich daraus keine Hinweise auf eine dauerhafte, über die Feststellungen im Gutachten hinausgehende zusätzliche Beeinträchtigung des funktionellen Leistungsvermögens. Die der Behandlung zugrundeliegende geltend gemachte chronische Schmerzproblematik war Gegenstand der Begutachtung respektive diverser fachärztlicher Untersuchungen. Die neu aufgelegten Berichte enthalten keine Aspekte, welche von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden sind und die allenfalls im Hinblick auf die invalidenversicherungsrechtlich gebotene Objektivier- bzw. Plausibilisierbarkeit der Beschwerden von beweisrechtlicher Relevanz wären. Einzig die Knieproblematik links stellt eine den Gutachtern noch nicht bekannte neue Tatsache dar, was diese auch transparent machten (act. IIA 297 S. 3). Die im Spital L. _____ erfolgte Untersuchung ergab jedoch keine positiven Meniskuszeichen, keinen Erguss, eine freie Beweglichkeit im physiologischen Bewegungsumfang sowie einen stabilen Bandapparat (act. IIA 275 S. 5). Es bestehen somit keine Anhaltspunkte dafür, dass sich aufgrund der geltend gemachten Knieproblematik links das funktionelle Leistungsvermögen in relevantem Umfang und in einer mit dem im Gutachten formulierten Zumutbarkeitsprofil nicht vereinbarenden Weise zusätzlich vermindern würde.

3.6.6 Im Weiteren vermag die Beschwerdeführerin auch aus dem Bericht von med. pract. N. _____ vom 6. April 2020 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 7) nichts zu ihren Gunsten abzuleiten: Zwar moniert der behandelnde Arzt, es fehlten im Gutachten somatische Diagnosen, so ein "genetisch determinisiertes Immundefekt-Syndrom" sowie die "Narkolepsie". Entgegen dieser Darstellung wurde interdisziplinär ein Immunmangel-syndrom (act. IIA 272.1 S. 5) festgehalten. Der internistische Teilgutachter

hielt darüber hinaus fest, aufgrund des Immunmangelsyndromes und vor allem Vorbeugung möglicher Infekte seien Arbeiten in grosser Menschenansammlung sowie in Kälte, Nässe und Zugluft zu vermeiden. Geeignet seien nur Arbeiten in Innenräumen, wobei die zuletzt durchgeführte Tätigkeit im Büro einer angepassten Tätigkeit entsprochen habe (act. IIA 272.4 S. 19). Was die geltend gemachte Narkolepsie anbelangt, so konnten die Gutachter nach einlässlicher Befassung mit den vorliegenden Akten und anlässlich der Begutachtung erhobenen Befunden die Ätiologie der geltend gemachten Somnolenz nicht restlos klären (vgl. E. 3.6.1 vorne), berücksichtigten sie dem Dargelegten zufolge aber dennoch – wohlwollend – als die Arbeits- und Leistungsfähigkeit mindernder Faktor (act. IIA 272.1 S. 5).

3.6.7 Schliesslich steht zwar fest, dass die Gutachter – basierend auf der entsprechenden Fragestellung der Beschwerdegegnerin (act. IIA 245 S. 6) – von einem falschen Revisionszeitpunkt (1. Dezember 2006 statt 15. Juli 1993 [vgl. E. 3.1 vorne]) ausgingen. Dies schmälert jedoch unter den gegebenen Umständen den Beweiswert ihrer Expertise nicht. Denn festzuhalten ist Folgendes: Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend macht (Beschwerdeantwort, S. 3 Ziff. 4), wurde bereits in VGE IV/67607 E. 4.2 f. (act. II 46 S. 15 f.) gestützt auf das Gutachten der MEDAS C._____ vom 21. Juli 2006 (act. II 26) auf eine relevante Gesundheitsverbesserung geschlossen. Dies wurde vom Bundesgericht als nicht offensichtlich unrichtig beurteilt (BGer, 9C_720/2007, E. 3.2 [act. II 52 S. 5]). Die Rückweisung erfolgte allein zur Prüfung der erwerblichen Verwertbarkeit der medizinisch-theoretischen Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% (vgl. E. 4.2 [S. 6 f.]). Im Rückweisungsentscheid vom 19. Februar 2018 (9C_822/2017 [act. IIA 209]) wiederholte das Bundesgericht, die Rentenrevision sei im Grundsatz geboten (E. 2 [S. 4]), erwog jedoch, die medizinischen Unterlagen, insbesondere im Zusammenhang mit der im Dezember 2010 erfolgten Rückenoperation (vgl. act. II 159 S. 2), erlaubten keine zuverlässige Beurteilung der zeitlichen und umfangmässigen Arbeitsfähigkeit (E. 4.3 [act. IIA 209 S. 6]). Mit dem in der Folge veranlassten Gutachten der MEDAS E._____ wird die bereits mit dem Gutachten der MEDAS C._____ festgestellte wesentliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes im Vergleich zu den Verhältnissen, wie sie der Verfügung vom 15. Juli 1993 in Form eines die Arbeitsfähigkeit um 80%

reduzierenden depressiv-ängstlichen Beschwerdebildes (vgl. E. 3.2 vorne) zugrunde lagen, im Ergebnis bestätigt, wobei die im Gutachten der MEDAS C. _____ noch attestierte 20%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 26 S. 16 f.) nicht mehr bescheinigt wird (act. IIA 272.2 S. 31). Anders als in der Beschwerde vorgebracht, liegt somit gerade keine bloss abweichende Beurteilung eines (seit dem 15. Juli 1993) angeblich im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts vor; vielmehr erweist sich die bereits im Gutachten der MEDAS C. _____ postulierte wesentliche Änderung in den tatsächlichen medizinischen Verhältnissen im Lichte des Gutachtens der MEDAS E. _____ als korrekt. Unter diesen Umständen erweist sich die Rüge der Beschwerdeführerin, die Gutachter hätten sich nicht zur (revisionsrechtlichen) Frage einer Veränderung des Gesundheitszustandes geäußert (Beschwerde S. 7 Ziff. 11), einerseits als aktenwidrig (vgl. dazu die Ausführungen im Gutachten [act. IIA 272.1 S. 7]) und andererseits – soweit die Gutachter einen falschen Referenzzeitpunkt zugrunde legten – als rechtlich nicht relevant.

3.7 Zusammenfassend bestehen keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens der MEDAS E. _____ vom 21. Dezember 2018 (act. IIA 272.1 ff.) sowie der Stellungnahme vom 28. Februar 2020 (act. IIA 297; vgl. E. 3.4.2 vorne). Für die subeventualiter beantragte Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin „zur Neubeurteilung“ (vgl. Antrag Ziffer 3 der Beschwerde) besteht demnach kein Anlass.

3.8 Wie schon im Gutachten der MEDAS C. _____ (vgl. act. II 26 S. 19), so wurde auch im Gutachten der MEDAS E. _____ eine Arbeitsunfähigkeit von 20% bezüglich sämtlicher den Leiden angepassten Tätigkeiten attestiert (act. IIA 272.1 S. 6). Gestützt auf die im Recht liegenden Akten (vgl. E. 3.3 vorne), insbesondere das Gutachten der MEDAS E. _____ vom 21. Dezember 2018 samt Stellungnahme vom 28. Februar 2020, ergeben sich keine Anhaltspunkte, wonach im Zeitraum zwischen der Erstattung des Gutachtens der MEDAS C. _____ im Juli 2006 und dem Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 6. März 2020 (act. IIA 298) eine weitere revisionsrechtlich relevante Änderung in den tatsächlichen medizinischen Verhältnissen respektive eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes dauerhaft (Art. 88a Abs. 2 der Verordnung

vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) eingetreten wäre. Dies gilt auch für die in diesem Zeitraum erfolgten diversen chirurgischen Eingriffe (vgl. act. IIA 272.1 S. 4). Namentlich wurde aufgrund der im Jahre 2010 aufgetretenen und operativ versorgten Lumboischialgie (act. II 159 S. 2), derentwegen das Bundesgericht die Sache mit Entscheid vom 19. Februar 2018 (9C_822/2017 [act. IIA 209]) zur weiteren Abklärung an die Beschwerdeführerin zurückgewiesen hatte (E. 4.2 [S. 5]), gutachterlich nachvollziehbar und überzeugend keine wesentliche Änderung der Arbeitsfähigkeit attestiert (act. IIA 272.1 S. 7), was auch beschwerdeweise nicht beanstandet wird. Somit liegt in Bezug auf den Referenzzeitpunkt vom 15. Juli 1993 (vgl. E. 3.1 vorne) gestützt auf das Gutachten der MEDAS C._____ vom 21. Juli 2006 sowie das Gutachten der MEDAS E._____ vom 21. Dezember 2018 (act. IIA 272.1 ff.) eine revisionsrelevante Besserung des Gesundheitszustandes vor mit der Folge, dass der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin frei und umfassend zu prüfen ist (vgl. E. 2.2.2 f. vorne). Weitere revisionsrelevante Tatsachenänderungen – seien sie medizinischer oder erwerblicher Natur – sind seit dem Gutachten der MEDAS C._____ vom 21. Juli 2006 nicht eingetreten. Die im Gutachten der MEDAS E._____ erfolgte Einschätzung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit gilt folglich für den gesamten Beurteilungszeitraum.

4.

4.1 Der in der angefochtenen Verfügung vom 6. März 2020 (act. IIA 298) gestützt auf die medizinisch-theoretischen Feststellungen im Gutachten der MEDAS E._____ vorgenommene Einkommensvergleich (BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2019 BVG Nr. 16 S. 64 E. 4.4.2) gibt zu keinen Bemerkungen Anlass und wird auch von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet.

4.2 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, "die prioritäre Frage der Eingliederung" sei nicht geprüft worden (Beschwerde, S. 10 Ziff. 13).

4.2.1 Gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts ist bei Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise herabge-

setzt oder aufgehoben werden soll und die während mindestens fünfzehn Jahren eine Rente bezogen oder das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente auszurichten, bis mit Hilfe medizinisch-rehabilitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann, weil in jedem Einzelfall feststehen muss, dass die (wiedergewonnene) Erwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (erneut) verwertbar ist. Eine unmittelbare Anrechenbarkeit des auf der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit beruhenden (höheren) Invalideneinkommens ist dann zu verneinen, wenn Eingliederungsmassnahmen entweder aus medizinischer oder aus beruflich-erwerblicher Sicht unabdingbare Voraussetzung für die Umsetzung des (potentiellen) funktionellen Leistungsvermögens sind. Aus medizinischer Sicht fällt der Schluss der (vorläufigen) Nichtanrechenbarkeit eines (höheren) Invalideneinkommens in Betracht, wenn das grundsätzlich attestierte Leistungsvermögen in der ärztlichen Beurteilung unter den ausdrücklichen Vorbehalt der Durchführung befähigender Massnahmen gestellt wird. Aus beruflich-erwerblicher Sicht können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (BGE 145 V 209 E. 5.1 S. 211, 141 V 5E. 4.1 S. 7; SVR 2019IV Nr. 38 S. 121 E. 5.2, 2016 IV Nr. 27S. 81 E. 5.1, 2011 IV Nr. 30S. 88 E. 4.2.1 und 4.2.2, Nr. 73S. 222 E. 3.3).

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen vor Rentenaufhebung setzt Eingliederungswillen bzw. eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus; fehlt es daran, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (SVR 2019 IV Nr. 3 S. 9 E. 7).

4.2.2 Die ... geborene Beschwerdeführerin bezog vor der mit Verfügung vom 6. März 2020 (act. IIA 298) per 31. März 2016 erfolgten Rentenaufhebung über mehr als 15 Jahre eine Invalidenrente, womit der vorliegende

Sachverhalt grundsätzlich unter die in E. 4.2.1 hiavor dargelegte Rechtsprechung zu subsumieren ist (vgl. auch BGE 141 V 5). Indessen ist trotz fortgeschrittenem Alter und langem Rentenbezug die Rente auch ohne medizinisch-rehabilitative oder beruflich-erwerbliche Massnahmen sofort aufzuheben. Denn aus den im Recht liegenden Akten geht überstimmend hervor, dass der Beschwerdeführerin die subjektive Eingliederungsfähigkeit abgeht, sieht sie sich doch nach wie vor gänzlich bzw. höchstens zu 1-2 Stunden täglich als arbeitsfähig und weiss sie auch nicht, welche Tätigkeit eine Eingliederung beinhalten könnte (vgl. act. II 26 S. 19; act. IIA 272.1 S. 6; 272.2 S. 21; 272.3 S. 6; 272.4 S. 9). Auch scheiterten die von der Beschwerdegegnerin initiierten Eingliederungsbemühungen in der Abklärungsstelle P._____ (act. II 90; 96; 98; 101) bzw. damaligen Q._____ (act. II 167; 178 f.) an der Mitwirkung der Beschwerdeführerin, wobei im Lichte der dargelegten medizinischen Aktenlage (vgl. E. 3.8 vorne) nunmehr auch feststeht, dass die Integrationsmassnahmen medizinisch zumutbar waren. Damit bedarf die Rentenaufhebung keiner vorgängigen Durchführung befähigender Massnahmen.

4.3 Zu prüfen bleibt schliesslich der Zeitpunkt der Rentenaufhebung:

In der Invalidenversicherung erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente in der Regel auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats (Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV). Massgeblich ist jene Verwaltungsverfügung, mit welcher die Herabsetzung oder Aufhebung erstmals verfügt wurde. Muss infolge eines Rückweisungsentscheides eine neue Verfügung erlassen werden, kann damit die ursprüngliche Rentenherabsetzung resp. -aufhebung (samt Wirkungszeitpunkt) rückwirkend bestätigt werden. Vorbehalten bleibt der Fall, dass die IV-Stelle mit dem Erlass der angefochtenen (ersten) Revisionsverfügung, ohne formell hinreichende Abklärung der Revisionsvoraussetzungen, rechtsmissbräuchlich einen möglichst frühen Revisionszeitpunkt provozierte (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 5. April 2019, 9C_818/2018, E. 3.2).

Indem ein rechtsmissbräuchlich provozierte früher Revisionszeitpunkt nicht zur Debatte steht, ist die in der angefochtenen Verfügung vom 6. März 2020 rückwirkend per 31. März 2016 (vgl. act. II 192; 195 S. 4 lit. A Ziff. 2; act. IIA 298) erfolgte Rentenaufhebung nicht zu beanstanden.

4.4 Zusammenfassend ist die Verfügung vom 6. März 2020 rechens und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

Mit der Abweisung der Beschwerde ist die Beschwerdeführerin als unterliegend zu betrachten. Damit wird sie kostenpflichtig (Art. 108 VRPG), weshalb nachfolgend vorab das Gesuch um Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege zu prüfen ist.

5.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin ist aufgrund der dokumentierten finanziellen Verhältnisse respektive ihrer Sozialhilfebedürftigkeit ausgewiesen (act. I 10 f.). Im Weiteren ist die Beschwerde nicht als aussichtslos zu qualifizieren und die anwaltliche Verbeiständung ist geboten, weshalb die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege vorliegend erfüllt sind. Das entsprechende Gesuch der Beschwerdeführerin ist somit gutzuheissen und es ist ihr Rechtsanwältin B. _____ als amtliche Anwältin beizuordnen.

5.2 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.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt und der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der ge-

währten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 5.1 hiervor) wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

5.3 Infolge Unterliegens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss] und Art. 108 Abs. 3 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin B. _____ als amtliche Anwältin bleibt deren amtliches Honorar festzulegen.

5.3.1 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer (MWSt.) werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

5.3.2 Mit Kostennote vom 8. Juni 2020 macht Rechtsanwältin B. _____ einen Aufwand von 11 Stunden geltend, was nicht zu beanstanden ist. Gestützt darauf ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf total Fr. 3'080.22 festzusetzen (Honorar: Fr. 2'750.--; Auslagen: Fr. 110.--; MWSt.: Fr. 220.22 [7.7% auf Fr. 2'860.--]). Demnach ist Rechtsanwältin B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 2'200.-- (11 Stunden x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 110.-- und die MWSt. von 7.7% auf Fr. 2'310.--, ausmachend Fr. 177.85, total somit eine Entschädigung von Fr. 2'487.85, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

5.4 Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (BGE 126 V 143 E. 4b S. 150).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin B._____ als amtliche Anwältin wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Der tarifmässige Parteikostenersatz der amtlichen Anwältin wird in diesem Verfahren auf Fr. 3'080.22 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwältin B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'487.85 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B._____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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