

200 20 687 IV
FUE/BRO/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. April 2021

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 28. Juli 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1975 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ... mit ..., meldete sich im Oktober 2001 unter Hinweis auf eine Depression bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1, 100 S. 17 und S. 19). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen und Gewährung beruflicher Massnahmen (AB 9, 22, 30) sprach die IVB der Versicherten mit Verfügung vom 4. Februar 2004 (AB 42 S. 2 f., 247) bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Rente mit Wirkung ab 1. März 2002 zu. Mit Verfügungen respektive Mitteilung vom 31. Mai 2005 (AB 46), 18. April 2008 (AB 57), 18. März 2011 (AB 84) und 9. April 2014 (AB 92) bestätigte sie den Anspruch auf die bisherige Rente.

Im Rahmen einer von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision machte die Versicherte im März 2017 eine Gesundheitsverschlechterung geltend (AB 122 S. 1 Ziff. 1.1 f.). Die IVB nahm weitere medizinische Abklärungen vor, insbesondere veranlasste sie eine polydisziplinäre (internistische, neurologische, psychiatrische) Begutachtung durch die Fachärzte der C._____ (MEDAS; AB 165, 174.1 ff.). Gestützt darauf stellte sie mit Vorbescheid vom 26. Februar 2019 (AB 187) die Ablehnung einer Rentenerhöhung in Aussicht. Auf dagegen erhobenen Einwand (AB 194) hin holte die IVB eine Stellungnahme der MEDAS ein (AB 211, 217). Mit neuem Vorbescheid vom 6. März 2020 (AB 219) sah die IVB erneut die Ablehnung einer Rentenerhöhung vor. Nach Prüfung des abermals erhobenen Einwands (AB 223) und Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 231) verfügte die IVB am 28. Juli 2020 (AB 234) entsprechend dem Vorbescheid (AB 219).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, am 10. September 2020 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 28.07.2020 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei eine volle (richtig wohl: ganze) Invalidenrente zuzusprechen.
3. Eventualiter: Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, das Ausmass des invalidisierenden Gesundheitsschadens ihrer Versicherten rechtsgenügend zu erheben und auf dieser Basis deren Rentenanspruch erneut zu prüfen.

– Unter Kosten- und Entschädigungsfolge –

Mit Beschwerdeantwort vom 16. November 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf 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 28. Juli 2020 (AB 234). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere, ob Anspruch auf eine ganze statt einer halben Rente besteht.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG so-

wie 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 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

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

2.4 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).

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

2.4.2 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 deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert

haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.4.3 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; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 84 E. 3).

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).

2.4.4 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) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung 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).

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren

sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Der Anspruch auf die mit Verfügung vom 4. Februar 2004 (AB 42 S. 2 f., 247) zugesprochene halbe Invalidenrente wurde mit Verfügungen respektive Mitteilung vom 31. Mai 2005 (AB 46), 18. April 2008 (AB 57), 18. März 2011 (AB 84) und 9. April 2014 (AB 92) bestätigt. Da diese lediglich auf Verlaufsberichten und Revisionsfragebogen beruhten (AB 43 ff., 52, 54, 56, 60, 80, 82 f., 88 f., 91) und ihnen damit keine hinreichende materielle Prüfung der anspruchserheblichen Tatsachen zu Grunde lag, sind sie revisionsrechtlich unbeachtlich (vgl. E. 2.4.4 hiavor). Somit ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der Verfügung vom 4. Februar 2004 (AB 42 S. 2 f., 247) mit jenem der angefochtenen Verfügung vom 28. Juli 2020 (AB 234) zu vergleichen und zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Veränderung eintrat, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.2 hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 4. Februar 2004 (AB 42 S. 2 f., 247) stützte sich im Wesentlichen auf den Abklärungsbericht der Abklärungsstelle D. _____ vom 8. Oktober 2002 (AB 34 S. 2 ff.), wonach bei einem Pensum zwischen 70 % und 80 % eine effektive Leistung von 50 % bis 60 % bestehe (AB 34 S. 4 Ziff. 5) sowie den Bericht von Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. September 2003 samt Beiblatt vom 11. September 2003 (AB 33), wonach bei der Beschwerdeführerin eine Anpassungsstörung mit depressiven und somatisierenden Anteilen (ICD-10 F43.28) auf dem Hintergrund einer mehrdimensionalen Persönlichkeitsstörung mit anankastischen, emotional instabilen und selbstunsicher-abhängigen Zügen (ICD-10 F61.0) bestehe (AB 33 S. 1 lit. a) und ein Pensum von 70 % zumutbar sei mit einer Gesamtleistung von ca. 40 % (AB 33 S. 3 lit. a Ziff. 2 f.).

3.3 Seit der Verfügung vom 4. Februar 2004 (AB 42 S. 2 f., 247) präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Die Beschwerdeführerin war vom 22. September bis 15. Oktober 2015 im Spital F._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 17. Dezember 2015 (AB 126 S. 2 ff.) führten med. pract. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Assistenzärztin Dr. med. H._____ aus, die Patientin sei aufgrund einer Überforderungssituation im häuslichen Bereich und im Arbeitsumfeld bei Dekompensation einer rezidivierenden depressiven Störung zugewiesen worden (AB 126 S. 2).

3.3.2 Im Verlaufsbericht vom 26. März 2017 (AB 124 S. 2 ff.) führte Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der Gesundheitszustand der Patientin habe sich seit dem 9. April 2014 verschlechtert (AB 124 S. 2 Ziff. 1). Sie mache eine turbulente Lebensphase durch. So habe sie ihre langjährige ...stelle in ihrer ... aufgegeben und sich auch enttäuscht von der ... distanziert. Bei der darauffolgenden Stelle sei sie überfordert gewesen. Zudem habe sie die Wohnung sowie den Psychiater gewechselt und sei erstmals seit vielen Jahren wieder eine Liebesbeziehung eingegangen. Die Beziehung sei – wie alle ihre Beziehungen – konflikthaft (AB 124 S. 2 Ziff. 4).

3.3.3 Die Beschwerdeführerin war vom 1. Mai bis 28. Juni 2017 in der Klinik J._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 3. Juli 2017 (AB 138 S. 1 ff.) stellten die Ärzte folgende Diagnosen (AB 138 S. 1):

1. Rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige depressive Episode bei psychosozialer Belastungssituation (ICD-10 F33.1)
2. Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend anankastischen, selbstunsicheren Anteilen (ICD-10 F61.0)
3. V.a. Autismus-Spektrum-Störung (Asperger-Syndrom; ICD-10 F84)
4. Sub. Hypothyreose (ICD-10 E03.9)
5. Arterielle Hypertonie Grad 1 (ICD-10 I10.90)
6. Eisenmangel (ICD-10 E61.1)

Die Patientin habe berichtet, in einer Lebenskrise zu sein. Sie führe eine herausfordernde Beziehung mit ihrem Partner, sei in dieser an ihr Limit gekommen und fühle sich erschöpft. Zudem belaste sie auch die Arbeitslosigkeit sehr und gesundheitlich gehe es ihr schlecht. Sie habe in der letzten Zeit den Hausarzt und Psychiater gewechselt, was zu weiterer

Verunsicherung geführt habe (AB 138 S. 1). Die Ärzte hielten fest, der klinische Eindruck habe sich mit der Diagnose der kombinierten Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend anankastischen und selbstunsicheren Anteilen gedeckt. Differentialdiagnostisch habe aufgrund der starken Orientierung auf Routinen und Genauigkeit, verbunden mit der reduzierten Anpassungsfähigkeit und Unsicherheit im sozialen Kontakt der Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung bestanden (AB 138 S. 2).

Vom 15. September bis 1. November 2017 war die Beschwerdeführerin abermals in der Klinik J. _____ hospitalisiert (AB 143 S. 1).

3.3.4 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 23. November 2017 (AB 146 S. 2 ff.) hielten Dr. med. K. _____, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Psychologin M. Sc. L. _____ fest, die Abklärungen betreffend eine Autismus-Spektrum-Störung hätten gezeigt, dass die Kriterien für ein Asperger-Syndrom (ICD-10 F84.5) erfüllt seien (AB 146 S. 3).

3.3.5 Weitere Hospitalisationen in der Klinik J. _____ erfolgten vom 13. Dezember 2017 bis 12. Januar 2018 (AB 147 S. 2) sowie vom 14. September bis 24. Oktober 2018 (AB 171 S. 1). Im Austrittsbericht vom 31. Oktober 2018 (AB 171) wurden folgende Diagnosen aufgeführt:

1. Rezidivierende depressive [Störung] gegenwärtig mittelgradige Ausprägung (ICD-10 F33.1)
2. Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang (Fluchgedanken; ICD-10 F42.0)
3. Asperger-Syndrom (ICD-10 F84.5)
4. Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angaben einer hypertensiven Krise (ICD-10 I10.0)
5. Sonstige Hypothyreose (ICD-10 E03.8)

Die Zwangsgedanken (Fluchwörter) seien als eigene Gedanken erkannt worden, wiederholten sich dauernd und seien als unangenehm, unsinnig erlebt worden mit dem Versuch, Widerstand zu leisten. Sie bestünden seit über einem Jahr. Die Kriterien für eine Zwangsstörung, vorwiegend Zwangsgedanken und Grübelzwang, seien erfüllt (AB 171 S. 3).

3.3.6 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 14. Dezember 2018 (AB 174.2 ff.) stellten die Fachärzte der MEDAS als Diagnose mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Autismus-Spektrum-Störung (Asperger-Syndrom [ICD-10 F84.5; AB 174.2 S. 4 Ziff. 4.2]). Zudem führten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (AB 174.2 S. 4 f. Ziff. 4.2):

- Substituierte Hypothyreose
- Grenzwertige arterielle Hypertonie, DD anspannungsbedingt
- Aktenanamnestisch Hypercholesterinämie, aktuell regelrechter Lipidstatus
- Positiver Blutalkoholspiegel, ohne sonstigen Laborhinweis auf einen schädlichen Alkoholkonsum
- Rezidivierende depressive Störung, remittiert (ICD-10 F33.4)
- Möglicher Fehlgebrauch von Benzodiazepinen-Analoga (ICD-10 F10.1)

Insgesamt bestehe in der bisherigen (angepassten) Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (AB 174.2 S. 6 Ziff. 4.7 f.).

Im psychiatrischen Teilgutachten (AB 174.5) führte Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, in diagnostischer Hinsicht aus, angesichts der aktenkundigen Vorbefunde, der Untersuchungsbefunde sowie der Anamnese sei eine Erkrankung aus dem Autismus-Spektrum anzunehmen. Dabei sei von einem hochfunktionalen Autismus bzw. Asperger-Syndrom auszugehen. Das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung sei möglich, eine namhafte depressive Symptomatik habe während der Untersuchung jedoch nicht mehr festgestellt werden können. Depressive Episoden seien auch bei autistisch veranlagten Menschen nicht selten, insbesondere wenn es zu sozialen Konflikten in Folge der autistischen Störung komme. Eine anderweitige psychiatrische Erkrankung sei nicht zu diagnostizieren (AB 174.5 S. 37 f. Ziff. 6). Im aktenkundigen Verlauf sei die Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung erst nach 2015 gestellt worden, sodass es anhand der Verlaufsbeobachtung der Voruntersucher zu einer Revision der Einschätzung gekommen sei, die jedoch nachvollziehbar erscheine. Es sei davon auszugehen, dass die Einschränkung bereits zeitlebens bestanden habe. Die Explorandin habe bereits in der Kindheit autistische Verhaltensauffälligkeiten aufgewiesen. Im weiteren Verlauf sei es immer wieder zu Überforderungssituationen mit Aufgabe bzw. Kündigung des Arbeitsverhältnisses gekommen (AB 174.5 S. 42 Ziff. 7.4). In einer leidensangepassten Tätigkeit (verständnissvolle Vorgesetzte und Kollegen, geregelte Arbeitsabläufe und über-

schaubare Sozialkontakte, keine hohen Anforderungen an Teamfähigkeit sowie an Umstellungsfähigkeit, Anpassungsvermögen und soziale Kompetenz, kein Publikumsverkehr, keine Personalverantwortung) – wie der bisherigen – sei die Explorandin 50 % arbeitsfähig (AB 174.5 S. 44 f. Ziff. 8.2). Eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem 9. April 2014 sei retrospektiv nicht anzunehmen, jedoch liege eine andere Bewertung vor (AB 174.5 S. 46 Ziff. 8.4). Im internistischen Teilgutachten (AB 174.3) legte Dr. med. N._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, dar, aus internistischer Sicht bestehe keine signifikante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 174.3 S. 37 Ziff. 8.1). In den Akten würden erstmals im Jahr 2015 eine substituierte Hyperthyreose sowie eine Hypercholesterinämie erwähnt. Aktuell imponierten laborchemisch sowohl die Lipide als auch die Schilddrüsen-Parameter normwertig. Bezüglich der dokumentierten grenzwertigen hypertensiven Blutdruckwerte werde aktuell im stationären Rahmen eine entsprechende Medikation etabliert. Zusammengefasst ergäben sich seit dem 9. April 2014 von internistischer Seite keine signifikanten Änderungen (AB 174.3 S. 39 Ziff. 8.4). Im neurologischen Teilgutachten (AB 174.4) rapportierte Dr. med. O._____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 174.4 S. 39 f. Ziff. 8.1 f.). Der Gesundheitszustand habe sich aus neurologischer Sicht nicht verändert (AB 174.4 S. 41 Ziff. 8.4).

3.3.7 Die Hausärztin Dr. med. P._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 3. April 2019 (AB 196 S. 3 f.) als Diagnose ein Asperger-Syndrom, eine psychosomatische Belastungssituation - rezidivierende Depression (AB 196 S. 3), einen invalidisierenden Tinnitus und Lärmüberempfindlichkeit, eine hartnäckige Schlafstörung sowie ein Eisenmangel (AB 196 S. 4) und führte aus, infolge einer psychiatrischen Mehrfachproblematik sei die Patientin zur Zeit nicht in der Lage, einer 50%igen Tätigkeit nachzugehen (AB 196 S. 3).

3.3.8 Im Bericht vom 15. Mai 2019 (AB 208 S. 7 ff.) diagnostizierten die Ärzte der psychiatrischen Dienste Q._____ eine psychophysiologische Insomnie (ICD-10 F51.0) mit/bei einem Asperger-Syndrom (ICD-10 F84.5) und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episo-

de (ICD-10 F33.0; AB 208 S. 7). Seit ihrer Kindheit reagiere die Patientin – eigener Angabe zufolge – auf Belastungssituationen mit Schlafstörungen. In den letzten Jahren sei es zu einer Akzentuierung der Problematik gekommen. Eine hohe innere Anspannung und Unruhe mit Gedankenkreisen seien der Grund, dass sie ohne Medikamente nicht einschlafen könne. Hinzu komme eine rezidivierende depressive Störung respektive differentialdiagnostisch eine Anpassungsstörung mit fünf Klinikaufenthalten seit 2015 mit Überforderung in der Lebensbewältigung teils ausgelöst durch Beziehungskonflikte, Arbeitsstellenverluste und Zukunftsängste, sowie einer ausgeprägten Hypersensibilität am ehesten im Rahmen des Asperger-Syndroms (AB 208 S. 7). Es sei von einer psychophysiologischen Insomnie am ehesten ausgelöst und mitbedingt durch die ausgeprägte Unruhe, Hypersensibilität und psychosozialen Belastungsfaktoren im Rahmen des Asperger-Syndroms auszugehen (AB 208 S. 8).

3.3.9 Nachdem die Beschwerdeführerin vom 29. Mai bis 12. Juni 2019 in der Klinik R._____ hospitalisiert war (AB 227 S. 30), erfolgte vom 16. September bis 21. Oktober 2019 eine Hospitalisation in der Klinik J._____ (AB 215 S. 1) und vom 17. Dezember 2019 bis 18. Februar 2020 sowie vom 20. bis 27. Februar 2020 im Spital F._____ (AB 218 S. 1, 220 S. 1).

3.3.10 In der Stellungnahme der MEDAS vom 25. Februar 2020 (AB 217) legten die Gutachter dar, eine leichtgradige depressive Störung könne die Arbeitsfähigkeit nach üblicher versicherungsmedizinischer Bewertungspraxis nicht namhaft limitieren. Zudem ergäben sich für eine Verschlechterung des Asperger-Syndroms keine schlüssigen Anhaltspunkte und die fortgesetzte bivalente Suchtmittelmedikation lasse sich mittels einer Entgiftung und Entwöhnung beenden. Dabei sei dann auch ein positiver Effekt auf das depressive Syndrom sowie das Asperger-Syndrom und zuletzt auch auf die berichtete Schlafstörung zu erwarten, da depressive Störungen und Schlafstörungen zum bekannten unerwünschten Wirkungsspektrum von Benzodiazepinen/Z-Substanzen gehörten. An der gutachterlichen Empfehlung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit ergebe sich keine Änderung. Die Therapie sei nicht ausgeschöpft und eine leichte depressive Störung zudem nicht ausreichend limitierend. Sowohl die Schlafstörung als auch die De-

pression seien durch eine leitliniengerechte Therapieführung besserbar. Dem Asperger-Syndrom sei mit der empfohlenen Arbeitsfähigkeit von 50 % in geeigneten Tätigkeiten abgewogen Rechnung getragen, da eine Arbeitsfähigkeit durchaus auch therapeutisch wünschenswert erscheine (Stabilisierung von Tagesstruktur, Selbstwerterleben und sozialer Integration; AB 217 S. 2).

3.3.11 In der Stellungnahme vom 21. Juli 2020 (AB 231 S. 3) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. S. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, fest, aus den im erneuten Anhörungsverfahren vorgelegten Berichten ergäben sich keine neuen medizinischen Gesichtspunkte zur Stellungnahme der MEDAS vom 25. Februar 2020 (vgl. AB 217). Diese sei sogar sehr wohlwollend ausgefallen (AB 231 S. 3).

3.4 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).

3.4.1 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). Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend

auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1).

3.4.2 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 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

3.5 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 28. Juli 2020 (AB 234) im Wesentlichen auf das Gutachten der MEDAS vom 14. Dezember 2018 (AB 174.2 ff.) samt Stellungnahme vom 25. Februar 2020 (AB 217). Dieses genügt sowohl hinsichtlich der erheblichen Sachverhaltsveränderung als auch der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit den Anforderungen an die Beweiskraft (E. 3.4.1 hiervor), weshalb sich die beantragten weiteren Abklärungen (Beschwerde S. 2 Ziff. I Rechtsbegehren 3 und S. 9 Ziff. III Art. 4) erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4]). Die Gutachter setzten sich in Kenntnis der Aktenlage (AB 174.6) – insbesondere auch den bis dahin fünf stationären Klinikaufhalten – mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinander und legten nachvollziehbar und schlüssig dar, dass sich der Gesundheitszustand seit der letzten Beurteilung nicht wesentlich verändert hat (AB 174.3 S. 39 Ziff. 8.4, 174.4 S. 41 Ziff. 8.4, 174.5 S. 46 Ziff. 8.4). Insbesondere überzeugt, dass trotz der (anstelle einer Persönlichkeitsstörung) neu gestellten Diagnose einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung im Sinne einer Autismus-Spektrum-Störung keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes anzunehmen ist, da die Beschwerdeführerin bereits in der Kindheit autistische Verhaltensauffälligkeiten aufwies und die Einschränkungen somit zeit lebens bestanden (AB 174.5 S. 42 Ziff. 7.4 und S. 46 Ziff. 8.4). Dies steht im Einklang mit der übrigen Aktenlage, äusserten sich doch namentlich auch die Ärzte der Klinik J. _____ dahingehend, dass die (zuvor gestell-

te) Diagnose der kombinierten Persönlichkeitsstörung nicht mehr als zutreffend erachtet werde, weil die entsprechende Symptomatik besser durch das Asperger-Syndrom erklärt werden könne (AB 147 S. 3 unten).

Dass die Gutachter aufgrund der Angaben der Beschwerdegegnerin (AB 160 S. 2) von einem unzutreffenden Vergleichszeitpunkt (9. April 2014) ausgingen (AB 174.3 S. 39 Ziff. 8.4, 174.4 S. 41 Ziff. 8.4, 174.5 S. 46 Ziff. 8.4), schmälert den Beweiswert ihrer Schlussfolgerungen – entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 6 Ziff. III Art. 2) – nicht, denn der psychiatrische Experte gelangte, wie bereits erwähnt, überzeugend zum Schluss, die psychiatrisch bedingte Einschränkung bestehe zeitlebens (AB 174.5 S. 45 Ziff. 8.2). Im Übrigen gab die Beschwerdeführerin anlässlich der von Amtes wegen eingeleiteten Revision im März 2017 an, die angebliche Gesundheitsverschlechterung sei in den letzten zwei Jahren (d.h. 2015 bis 2016) eingetreten (AB 122 S. 1 Ziff. 1.1 f.), welche Zeitspanne von den Gutachtern denn auch beurteilt wurde. Was den Zeitraum vor dem den Gutachtern angegebenen Referenzzeitpunkt betrifft (vgl. Beschwerde S. 6), gaben sowohl die Beschwerdeführerin als auch ihr damaliger Psychiater jeweils an, der Gesundheitszustand sei unverändert respektive habe sich gar verbessert (AB 43 S. 1 Ziff. 1.1, 52 S. 1 Ziff. 1.1, 60 S. 1 Ziff. 3, 80 S. 1 Ziff. 1.1, 83 S. 1 Ziff. 3, 88 S. 2 Ziff. 1.1, 91 S. 3 Ziff. 10). Dafür, dass sich der Gesundheitszustand entgegen diesen Angaben wesentlich verändert bzw. verschlechtert hätte, finden sich keinerlei Anhaltspunkte.

Soweit Dr. med. I. _____ im März 2017 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes postulierte (AB 124 S. 2 Ziff. 1), ist festzustellen, dass er diese mit psychosozialen Belastungsfaktoren begründete. Insbesondere wies er auf die Aufgabe ihrer langjährigen ...stelle in der ... sowie ihrer Distanzierung von dieser ... hin und auf die Überforderung in der darauffolgenden Stelle sowie auf die eingegangene konflikthafte Liebesbeziehung (AB 124 S. 2 Ziff. 4). Indes bestanden bereits im zeitlichen Umfeld des Rentenbeginns im März 2002 erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren, namentlich Probleme mit der Arbeit (Stellenlosigkeit mit vielen Teilzeitanstellungen und unzähligen Bewerbungen), der Familie (ambivalentes

Verhältnis zur Mutter) sowie der Gemeinde (AB 6 S. 4), sodass auch von Seiten der Belastungsfaktoren keine wesentliche Änderung erstellt ist.

Dem Bericht der Hausärztin Dr. med. P._____ vom 3. April 2019 (AB 196 S. 3 f.) sowie ihrem Schreiben an die ehemalige Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin vom 20. April 2020 (AB 227 S. 40) lassen sich keine neuen und/oder wichtigen – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringenden – Aspekte entnehmen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, sodass sich ein Abweichen von der vorliegenden umfassenden versicherungsmedizinischen Beurteilung nicht rechtfertigt (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Insbesondere äusserte sich Dr. med. P._____ nicht zur hier im Vordergrund stehenden Frage nach einer Veränderung des Gesundheitszustandes. Soweit sie auf die Schlafstörung verwies (AB 227 S. 40) sei angemerkt, dass die Diagnose der psychophysiologischen Insomnie (ICD-10 F51.0) zwar erst nach der Begutachtung gestellt wurde (AB 174.2 ff., 208 S. 7 ff.), dem psychiatrischen Gutachter die Schlafprobleme jedoch bereits bekannt waren (AB 174.5 S. 3, S. 7, S. 11, S. 13 und S. 25) und die Beschwerdeführerin anamnestisch bereits seit der Kindheit unter Schlafstörung bei Belastungssituationen litt (AB 209 S. 7), womit auch insofern keine Änderung erstellt ist. Schliesslich konnte die in der Klinik J._____ im Oktober 2017 gestellte zusätzliche Diagnose einer Zwangsstörung mit Zwangsgedanken und Grübelzwang (AB 171 S. 1) anlässlich der psychiatrischen Begutachtung nicht bestätigt werden (AB 174.5 S. 35 Ziff. 4.3 und S. 38 Ziff. 6).

3.6 Mit Blick auf das Dargelegte ist erstellt, dass sich der somatische Gesundheitszustand nicht in revisionsrechtlich relevanter Weise verändert hat. In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand ist evident, dass die neu gestellte Diagnose eines Asperger-Syndroms (ICD-10 F84.5: AB 146 S. 3) – weil zeitlebens bestanden (AB 174.5 S. 45 Ziff. 8.2) – keine Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem 4. Februar 2004 darstellt, sondern lediglich eine im Revisionskontext unbeachtliche andere Beurteilung desselben Sachverhaltes (vgl. E. 2.4.3 hiervor; Rz. 5005.3 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]). Ferner ist

nicht erstellt, dass sich die Auswirkungen dieser psychischen Störung im hier massgebenden Zeitraum wesentlich und dauerhaft verändert haben. Insbesondere stellen die mehrfachen stationären Aufenthalte bzw. Kriseninterventionen (AB 126 S. 2, 138 S. 1, 143 S. 1, 147 S. 2, 171 S. 1, 215 S. 1, 218 S. 1, 220 S. 1, 227 S. 30) keinen Revisionsgrund dar, weil sie jeweils weniger als drei Monate dauerten und damit keine längerdauernde Gesundheitsverschlechterung i.S.v. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) darstellen (SVR 2017 IV Nr. 71 S. 220 E. 2.3.1). Dass sich der psychiatrische Zustand seit der Begutachtung anderweitig massgebend und dauerhaft (Art. 88a Abs. 2 IVV) verschlechtert hat, ist ebenfalls nicht erstellt. Soweit seither weitere psychosoziale Belastungsfaktoren aufgetreten sind, insbesondere ein Konflikt mit der Schwägerin und in der Folge die Kündigung der Stelle beim ... (AB 215 S. 1, 218 S. 1), haben diese zu bloss vorübergehenden Verschlechterungen des psychischen Zustands mit weiteren konsekutiven stationären psychiatrischen Hospitalisationen geführt (AB 215 S. 1, 218 S. 1, 220 S. 1, 227 S. 30). Auch die neu gestellte Diagnose der psychophysiologischen Insomnie (ICD-10 F51.0; AB 208 S. 7) stellt keinen neu hinzugetretenen Gesundheitsschaden dar, litt die Beschwerdeführerin doch anamnestisch seit der Kindheit unter Schlafstörungen (AB 209 S. 7) und besteht diesbezüglich doch auch noch Therapiepotenzial (vgl. E. 3.3.10 hiervor).

3.7 Sodann ist auch in erwerblicher Hinsicht kein Revisionsgrund ausgewiesen. Dass die Beschwerdeführerin mehrere Stellenwechsel vornahm und zeitweise arbeitslos war (AB 138 S. 1, 143 S. 1, 147 S. 2, 218 S. 1, 226 S. 2), ist im revisionsrechtlichen Kontext deshalb nicht von Bedeutung, weil die Beschwerdegegnerin in der rentenzusprechenden Verfügung vom 4. Februar 2004 sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen auf die Salärempfehlungen des T._____ abstellte (AB 247 S. 1), mithin nicht auf ein effektiv erzielt und nunmehr weggefallenes Invalideneinkommen.

3.8 Zusammenfassend liegt weder in medizinischer noch in erwerblicher Hinsicht eine revisionsrelevante Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen vor. Mangels eines Revisionsgrundes erübrigt sich die Durch-

führung einer Indikatorenprüfung nach BGE 141 V 281 bzw. verbietet sich eine neue Bemessung des Invaliditätsgrades (vgl. Beschwerde S. 7 f.), weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

3.9 Doch selbst wenn entgegen dem Dargelegten ein Revisionsgrund erstellt wäre mit der Folge, dass der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig neu zu prüfen wäre (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), änderte dies, wie nachfolgend zu zeigen ist, nichts am Ergebnis.

In diesem Fall gälte in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit Folgendes: Anders als die Beschwerdeführerin annimmt (Beschwerde S. 7 f. Ziff. III Art. 3), haben die Gutachter nicht postuliert, die Beschwerdeführerin könne ihre Arbeitsfähigkeit von 50 % nur im geschützten Rahmen verwerten. Das durch den psychiatrischen Gutachter formulierte Zumutbarkeitsprofil entspricht vielmehr einem Nischenarbeitsplatz, bei welchem behinderte Personen mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können und wie sie der massgebende ausgeglichene Arbeitsmarkt beinhaltet (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2019 IV Nr. 21 S. 66 E. 4.2). Demnach ist die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit (verständnisvolle Vorgesetzte und Kollegen, geregelte Arbeitsabläufe und überschaubare Sozialkontakte, keine hohen Anforderungen an Teamfähigkeit sowie an Umstellungsfähigkeit, Anpassungsmöglichkeiten und soziale Kompetenz, kein Publikumsverkehr, keine Personalverantwortung) gestützt auf das Gutachten (mindestens) 50 % arbeitsfähig (AB 174.2 S. 6 Ziff. 4.8, 174.5 S. 44 f. Ziff. 8.2). Denn aus der hier entbehrlichen Indikatorenprüfung kann keine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte resultieren (Entscheid des Bundesgerichts vom 25. September 2018, 8C_241/2018, E. 7.5.2).

Der Einkommensvergleich wäre im Folgenden dergestalt vorzunehmen, dass sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf der Grundlage desselben Tabellenlohnes zu bestimmen wären. Dies unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin einerseits mit Blick auf ihre Erwerbsbiographie (sie besuchte nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit zunächst eine ..., schloss 1995 erfolgreich eine ...lehre ab und war danach mit Unterbrüchen für verschiedene Arbeitgeber in diesem

Beruf tätig [AB 1 S. 4 Ziff. 6.1 f. und S. 9]) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch als Gesunde im ...bereich arbeiten würde und sie andererseits ihre in diesem Bereich zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nicht verwertet. Da bei dieser Ausgangslage der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entspricht, kann eine detaillierte Berechnung unterbleiben (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2). Selbst bei Gewährung eines hier maximal in Betracht kommenden Abzuges vom Tabellenlohn von 15 % würde ein Invaliditätsgrad von aufgerundet (zur Rundungspraxis: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1) 58 % (100 ./ [50 x 0.85]) resultieren. Damit bestünde selbst bei Annahme eines Revisionsgrundes und gestützt auf die gutachterliche Arbeitsunfähigkeit lediglich ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (vgl. E. 2.3 hiervor).

4.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 28. Juli 2020 (AB 234) nicht zu beanstanden, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

5.

5.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) 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 Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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