

200 20 749 IV  
FUR/TOZ/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 21. Januar 2021**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiberin Tomic

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. September 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1970 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Mai 2018 unter Hinweis auf eine chronische Müdigkeit, eine Erschöpfung, eine Vergesslichkeit, eine Einschränkung am Bewegungsapparat und Muskelschmerzen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Antwortbeilagen der Invalidenversicherung [AB] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) klärte hierauf die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab. Gestützt auf ein bidisziplinäres Gutachten der C.\_\_\_\_\_ (MEDAS) vom 10. Juli 2019 (AB 52.1) stellte sie mit Vorbescheid vom 22. August 2019 (AB 56) die Ablehnung des Leistungsgesuchs in Aussicht mit der Begründung, es bestehe kein Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand vom 28. August 2019 (ergänzt am 30. Oktober 2019; AB 57, 64) fest und verneinte - nach Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 27. Februar 2020 (AB 71) und einer Ergänzung des Gutachtens der MEDAS vom 22. Juli 2020 (AB 81) - mit Verfügung vom 2. September 2020 (AB 82) einen Leistungsanspruch.

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 2. Oktober 2020 Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien ihr die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen und anschliessender Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 5. November 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 2. September 2020 (AB 82). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung.

**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** In formeller Hinsicht macht die Beschwerdeführerin eine Verletzung der Begründungspflicht und damit des rechtlichen Gehörs geltend, da die Beschwerdegegnerin in ihrer Begründung der Leistungsabweisung nicht genügend auf die Vorbringen im Vorbescheidverfahren eingegangen sei (vgl. Beschwerde, S. 3 ff. Ziff. 3).

**2.2** Die Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101). Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; SVR 2020 AHV Nr. 2 S. 5 E. 4, 2017 KV Nr. 6 S. 30 E. 5).

**2.3** Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung (AB 82) die massgeblichen Rechtsnormen und die Überlegungen insbesondere zur Prüfung der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens genannt, von denen sie sich bei ihrem Entscheid hat leiten lassen und auf die sich der Entscheid stützt. Mit Blick auf diese Begründung konnte die juristisch vertretene Beschwerdeführerin die Verfügung zweifellos sachgerecht anfechten. Es ist, wie bereits ausgeführt (vgl. E. 2.2 hiervor), nicht erforderlich, dass sich die Beschwerdegegnerin mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jede einzelne Rüge ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken. Damit liegt keine Verletzung der Begründungspflicht resp.

des rechtlichen Gehörs vor. Doch selbst wenn von einer Gehörsverletzung auszugehen wäre, die indes nicht als schwerwiegend gewertet werden könnte, würde diese als geheilt gelten, da sich die Beschwerdeführerin vor dem angerufenen Gericht, das sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage und die Angemessenheit frei überprüfen kann, äussern konnte (vgl. BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2019 IV Nr. 65 S. 210 E. 4.3).

### **3.**

**3.1** 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).

**3.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

**3.2.1** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**3.2.2** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

**3.2.3** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3 S. 298) und "Konsistenz" einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**3.3** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden

können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

#### **4.**

**4.1** In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**4.1.1** Im Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 7. April 2017 (AB 17) wurden als Diagnosen unter anderem ein generalisiertes myofaszielles Schmerzsyndrom mit wechselnden Puncta maxima sowie ein paroxysmales Vorhofflimmern genannt. Formell könne die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms gestellt werden (AB 17 S. 1). Als physiotherapeutische Massnahmen seien ein aerobes Ausdauertraining sowie ein Krafttraining zur Kräftigung des Schultergürtels, der Rumpf- und Quadrizepsmuskulatur angezeigt (AB 17 S. 2).

**4.1.2** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 20. Juni 2018 (AB 24.2 S. 13 f.) ein Fibromyalgiesyndrom (AB 24.2 S. 13 Ziff. 1). Aufgrund eines permanenten Schmerzes und einer Fatigue bestehe seit dem 20. Juli 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (AB 24.2 S. 14 Ziff. 13 f.).

**4.1.3** Im Bericht der Privatklinik F. \_\_\_\_\_ vom 26. Juli 2018 (AB 28) wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F 32.2) festgehalten (AB 28 S. 5 Ziff. 2.5). Es liege ein erheblicher psychosozialer Druck in Form von familiären Problemen vor. Die Arbeit sei bisher eine Fluchtmöglichkeit aus dem komplexen Familiensetting gewesen, nach dem Verlust der Arbeitsstelle habe sich die Beschwerdeführerin seitens der Familie trotz eines stattgefundenen Familiengesprächs in Anwesenheit des Ehemannes nicht verstanden gefühlt; sie vermisse die Unterstützung (AB 28 S. 4 Ziff. 2.1). Unter der kombinierten psychotherapeutischen, psychiatrischen und physiotherapeutischen Therapie sei eine deutliche Besserung des gesamten ursprünglichen depressiven Geschehens und der Schmerzsymptomatik eingetreten (AB 28 S. 4 Ziff. 2.2). Zumutbar wäre eine lang-

same sukzessive Steigerung der Arbeitsfähigkeit (sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit) ausgehend von 20 bis 30 % (AB 28 S. 7 Ziff. 4.1 f.). Aktuell stünden der Eingliederung keine Faktoren im Weg (AB 28 S. 8 Ziff. 4.4).

**4.1.4** Im bidisziplinären (psychiatrisch-rheumatologischen) Gutachten der MEDAS vom 10. Juli 2019 (AB 52.1) wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Episode, derzeit unter störungsspezifischer Behandlung restsymptomatisch (ICD-10 F32.0), eine Zwangssymptomatik (im Sinne von Reinigungs- und Ordnungszwängen; ICD-10 F42.2) differentialdiagnostisch bei einer Persönlichkeit mit zwanghaften und selbstunsicheren Zügen (ICD-10 F61.0; Differentialdiagnose: ICD-10 Z73.1) und eine wahrscheinliche Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) genannt (AB 52.1 S. 4 Ziff. 4.2). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Fibromyalgie, myofasziale Schmerzen und eigenanamnestisch eine Angststörung (gegebenenfalls derzeit subsyndromal oder remittiert; AB 52.1 S. 5 Ziff. 4.2). In rheumatologischer Hinsicht habe keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können (AB 52.3 S. 9 Ziff. 8.1). Aus bidisziplinärer Sicht sei die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Persönlichkeit und insbesondere Zwanghaftigkeit und Rigidität bezüglich Flexibilität und allen interaktionsassoziierten Fähigkeiten (Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppen-/Teamfähigkeit) mindestens leicht bis zumindest zeitweise mittelgradig eingeschränkt (AB 52.1 S. 5 Ziff. 4.3). Deren Persönlichkeit erschwere höchstwahrscheinlich einen aktiven lösungsorientierten und psychohygienisch funktionalen Umgang mit den Belastungsfaktoren (AB 52.1 S. 5 Ziff. 4.4). Es bestünden bildungsbedingte Defizite (mit Hinweisen auf eine erhebliche Rechenschwäche). Auch die familiäre Ehe- und Wohnsituation (kranke Tochter, Schwiegermutter) sei als Belastung einzustufen (AB 52.1 S. 5 Ziff. 4.5). Es liege eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden vor. In der psychiatrischen Untersuchung sei der REY-Memory-Test zur Detektion von Aggravation bzw. Simulation positiv gewesen, was als Hinweis auf eine eingeschränkte Beschwerdenuvalidität gewertet werden könnte. Allerdings sei zu berücksichtigen, dass sich die Beschwerdeführerin in der gesamten Testung des kognitiven Funktionsniveaus ausgesprochen unsicher, teils auch beschämt,

teils (pseudo-heiter) überspielend präsentiert habe und ganz offensichtlich auch mit ihrer "Schönschrift" beschäftigt gewesen sei, so dass auch andere Gründe für den Befund denkbar seien. Konsistent mit dem klinischen Eindruck werde eine aggravierende Verdeutlichung der (somatisch imponierenden) Schmerz- und Fatigue-Symptomatik angenommen, wobei die unmittelbar evidente zwanghafte Komponente eher heruntergespielt worden sei. Gerade diese, auch persönlichkeitsassoziierte Zwanghaftigkeit mit wahrscheinlich der Aufwendung erheblicher psychischer Energie zur Abwehr subjektiv bedrohlicherer innerer Ängste und Konflikte scheinere aber hinsichtlich der Funktionalität und Arbeitsfähigkeit, bei unter Medikation nunmehr restsymptomatischer Depressivität, derzeit ein wesentliches Problem zu sein (AB 52.1 S. 5 Ziff. 4.6). Die Beschwerdeführerin befinde sich seit Ende 2017 in (ausschliesslich) ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung; die angegebene psychopharmakologische Medikation sei nachweisbar gewesen. Mit Blick auf die Selbstpräsentation der Beschwerdeführerin erscheine auch die von ihr geschilderte Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (auch Alltag und Freizeit) plausibel. Zusammenfassend sei eine gewisse Verdeutlichung, jedoch keine die relevanten psychiatrischen bzw. persönlichkeitsassoziierten Befunde und Aspekte verzerrende Aggravation oder Simulation resp. eingeschränkte Konsistenz und Plausibilität der geklagten Beschwerden festzustellen (AB 52.1 S. 6 Ziff. 4.6). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Hauswirtschafterin bzw. Reinigungskraft, welche dem Leiden optimal angepasst sei, eine Arbeitsfähigkeit von 70 %; die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei rein psychiatrisch bedingt (AB 52.1 S. 6 Ziff. 4.7 bis 4.9). Eine intensiviertere psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung über eine ausreichend lange Zeit in einem teilstationären tagesklinischen Setting wäre wahrscheinlich geeignet, die psychiatrische Symptomatik, die allgemeine soziale Funktionalität wie auch die Arbeitsfähigkeit zu verbessern (AB 52.1 S. 7 Ziff. 4.11.1).

**4.1.5** Stellung nehmend dazu hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ am 12. September 2019 fest, dass im rheumatologischen Teilgutachten der MEDAS als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Fibromyalgie genannt worden sei. Fraglich sei, ob die rheumatologische Gutachterin bezüglich der Fibromyalgie über die entsprechende Spezialisierung verfüge; den

Rheumatologen fehle es bekanntlich an der Fachkompetenz. Diese würden selten Patienten mit Fibromyalgie behandeln. Es gehe hier um die Feststellung der aktuellen Erwerbsfähigkeit. Vorliegend verursache die Fibromyalgie die wesentlichen Einschränkungen. Bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens der MEDAS sei anzumerken, dass die depressiven Episoden Symptome der Fibromyalgie seien. Die Beschwerdeführerin sei deswegen in psychiatrischer Behandlung. Aktuell betrage ihre Arbeitsfähigkeit weniger als zwei Stunden pro Tag (AB 64 S. 5).

**4.1.6** Hierzu und zu den im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Einwänden nahm der RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 27. Februar 2020 Stellung und führte aus, dass hier eine polydisziplinäre Begutachtung nicht angezeigt sei. Laut RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, lägen bezüglich der Diagnose eines paroxysmalen Schwindels keine neurologisch fachärztlich bestätigten Befunde vor. Auch im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung seien keine diesbezüglichen Beschwerden angegeben worden. Zudem handle es sich beim paroxysmalen Lagerungsschwindel um eine in der Regel durch eine entsprechende psychotherapeutische Behandlung (Lagerungsübungen) meist gut zu behandelnde Erkrankung. Daraus lasse sich keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten (AB 71 S. 3). Weiter lasse sich gemäss RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, das paroxysmale Vorhofflimmern mit einer entsprechenden Behandlung gut beheben, so dass diesbezüglich keine wesentliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu erwarten sei. Dem Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2019 (AB 67 S. 2 f.) sei zu entnehmen, dass die im Jahr 2017 durchgeführte Echokardiografie normal ausgefallen sei (AB 67 S. 2). Die Herzfunktion sei somit nicht eingeschränkt (AB 71 S. 4).

**4.1.7** Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin (AB 72) hielten die Gutachter der MEDAS am 22. Juli 2020 fest, dass sich aus dem Einwandschreiben der Beschwerdeführerin und den neu vorgelegten Berichten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ keine neuen Befunde oder Diagnosen ergäben, welche nicht bereits gutachterlich bekannt gewesen wären oder die gutachterliche Beurteilung hätten beeinflussen können. Anzumerken

sei, dass psychiatrische, insbesondere komplexere Erkrankungen mit einer Kombination mehrerer Störungselemente und bei biographischer Belastung - wie im vorliegenden Fall - einer multifaktoriellen Dynamik unterlägen. Falls sich aus fachärztlicher, namentlich fachpsychiatrischer Sicht seit der Begutachtung neue Aspekte ergeben haben sollten, wäre eine zeitnahe psychiatrische Verlaufsbegutachtung zu empfehlen (AB 81. S. 2).

**4.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelprüfung 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).

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).

**4.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 2. September 2020 (AB 82) massgeblich auf das bidisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 10. Juli 2019 samt Ergänzung vom 22. Juli 2020 (AB 52.1, 81) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen (AB 52.1 S. 2 Ziff. 2) und sind in Kenntnis der Vorakten (AB 52.1

S. 10 bis 12) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Wie sich nachfolgend ergibt, sind die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar begründet. Auch stehen die einzelnen Fachbeurteilungen in Übereinstimmung untereinander und flossen in die interdisziplinäre Beurteilung ein, so dass darauf grundsätzlich abzustellen ist.

**4.3.1** In psychiatrischer Hinsicht hat die psychiatrische Gutachterin der MEDAS - unter Darlegung der Anamnese, der psychopathologischen Befunde und der Verhaltensbeobachtung während der Begutachtung (AB 52.2 S. 4 bis 9 Ziff. 3.2 bis 4.3) - schlüssig und nachvollziehbar aufgezeigt, dass die Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einer depressiven Episode, derzeit restsymptomatisch (ICD-10 F32.0) und einer Zwangssymptomatik (im Sinne von Reinigungs- und Ordnungszwängen [ICD-10 F42.2]; differentialdiagnostisch bei einer Persönlichkeit mit zwanghaften und selbstunsicheren Zügen [ICD-10 F61.0, Differentialdiagnose: ICD-10 Z73.1]) leidet (AB 52.1 S. 4 Ziff. 4.2, AB 52.2 S. 9 Ziff. 6.1) und infolge dessen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % für die bisherige als auch eine angepasste Tätigkeit besteht (AB 52.1 S. 6 Ziff. 4.7 f., AB 52.2 S. 14 Ziff. 8.1 f.). Hinsichtlich der gutachterlich gestellten Verdachtsdiagnose einer Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; AB 52.1 S. 4 Ziff. 4.2) ist anzumerken, dass eine blosser Verdachtsdiagnose nur eine mögliche Gesundheitsstörung impliziert, aber versicherungsmedizinisch keine rechtsgenügende Grundlage bilden kann, um mögliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nachzuweisen. Die psychiatrisch-gutachterliche Beurteilung lässt sich ohne weiteres in das von den Behandlern der Privatklinik F.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 26. Juli 2018 gezeichnete Gesamtbild einfügen, wonach unter der kombinierten psychotherapeutischen, psychiatrischen und physiotherapeutischen Therapie eine deutliche Besserung des gesamten depressiven Geschehens und der Schmerzsymptomatik eingetreten sei und mithin eine sukzessive Steigerung der Arbeitsfähigkeit zumutbar sei (AB 28 S. 4 Ziff. 2.2 und S. 7 Ziff. 4.1 f.).

Hieran vermag die Beurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 12. September 2019 (AB 64 S. 5), wonach die depressiven Episoden Symptome der

Fibromyalgie seien und die Arbeitsfähigkeit aktuell weniger als zwei Stunden pro Tag betrage, nichts zu ändern. Die Gutachter der MEDAS hielten am 22. Juli 2020 nachvollziehbar fest, dass die Berichte von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ keine Befunde bzw. wichtigen Aspekte enthielten, welche von der psychiatrischen Expertin der MEDAS nicht schon berücksichtigt worden wären. Sie hoben hervor, dass psychiatrische, insbesondere komplexere Erkrankungen mit einer Kombination mehrerer Störungselemente und bei biographischer Belastung - wie im vorliegenden Fall - einer multifaktoriellen Dynamik unterlägen (AB 81 S. 2). Sodann ist stets dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt (BGE 145 V 361 E. 4.1.2 S. 365), die es zu respektieren gilt. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass Dr. med. E. \_\_\_\_\_ als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin nur beschränkt über die für die Beurteilung der Auswirkungen der psychischen Einschränkungen erforderliche Fachkompetenz verfügt, weshalb auf seine diesbezügliche Einschätzung nicht unbesehen abgestellt werden kann.

Folglich ist von einer depressiven Episode, derzeit restsymptomatisch (ICD-10 F32.0), und einer Zwangssymptomatik (im Sinne von Reinigungs- und Ordnungszwängen [ICD-10 F42.2]; differentialdiagnostisch bei einer Persönlichkeit mit zwanghaften und selbstunsicheren Zügen [ICD-10 F61.0, Differentialdiagnose: ICD-10 Z73.1]) auszugehen (AB 52.1 S. 4 Ziff. 4.2, AB 52.2 S. 9 Ziff. 6.1), woraus die psychiatrische Gutachterin der MEDAS - aus rein medizinischer Sicht nachvollziehbar - eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit ableitete (AB 52.1 S. 6 Ziff. 4.7 bis 4.9; vgl. aber E. 4.3.3 hier-nach). Mithin ist der rechtserhebliche Sachverhalt hinreichend erstellt; weiterer Abklärungen bedarf es nicht (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).

**4.3.2** Ebenso ist der somatische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin hinreichend abgeklärt. Die rheumatologische Gutachterin der MEDAS hat schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, dass aus rheumatologischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

beständen (AB 52.3 S. 7 f. Ziff. 6, S. 9 f. Ziff. 8.1 f.); ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Fibromyalgie und myofasziale Schmerzen (AB 52.3 S. 7 f. Ziff. 6.2). Soweit Dr. med. E. \_\_\_\_\_ geltend macht, der rheumatologischen Expertin fehle es an der notwendigen Fachkompetenz zur Beurteilung der Fibromyalgie (AB 64 S. 5), so ist dem entgegenzuhalten, dass die rheumatologische Gutachterin Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin ist, mithin fachlich qualifiziert für die Beurteilung des vorliegenden rheumatologischen Leidens wie die Fibromyalgie (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 16. Februar 2017, 9C\_688/2016, E. 3.5). Weiter liegen keine Anhaltspunkte vor, dass mit der am 7. Dezember 2015 gestellten Diagnose eines paroxysmalen Vorhofflimmerns (AB 67 S. 2) bezüglich der Herzfunktion eine relevante funktionelle Einschränkung besteht. Es wurde diesbezüglich weder ein medizinischer Behandlungsbedarf noch eine Arbeitsunfähigkeit postuliert. Im Gegenteil, ist doch dem Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2019 (AB 67 S. 2) - wie der RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 27. Februar 2020 zutreffend darauf hingewiesen hat (AB 71 S. 4) - zu entnehmen, dass die im Jahr 2017 durchgeführte Echokardiografie normal ausgefallen sei. In Bezug auf den von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ diagnostizierten paroxysmalen Schwindel (AB 67 S. 2) finden sich in den Akten weder eine entsprechende fachärztlich (neurologisch) bestätigte Diagnose noch Hinweise auf einen diesbezüglichen medizinischen Behandlungsbedarf. Auch anlässlich der bidisziplinären Begutachtung wurden keine entsprechenden Schwindelbeschwerden angegeben (AB 71 S. 3). Vor diesem Hintergrund erübrigen sich - auch hier - in antizipierter Beweiswürdigung weitere Sachverhaltserhebungen.

**4.3.3** Zu prüfen bleibt anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281, ob der psychiatrisch attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % (AB 52.1 S. 6 Ziff. 4.7 bis 4.9) aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann, wobei hierfür die Beschwerdeführerin die materielle Beweislast zu tragen hat (vgl. E. 3.2.2 f. hiervor).

## **5.**

**5.1** Die klassifikatorischen Vorgaben hinsichtlich der depressiven Episode, derzeit restsymptomatisch (ICD-10 F32.0), und der Zwangssymptomatik (ICD-10 F42.2) differentialdiagnostisch bei einer Persönlichkeit mit zwanghaften und selbstunsicheren Zügen (ICD-10 F61.0) sind erfüllt (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 172 f., 204, 284). Die psychiatrische Gutachterin der MEDAS zeigt keine Diskrepanzen im Sinne eines Ausschlussgrundes auf (AB 52.2 S. 7 Ziff. 4.1), insbesondere bestehen auch aus gesamtgutachterlicher Sicht keine Hinweise auf Selbstlimitierung oder gar Aggravation (AB 52.1 S. 5 Ziff. 4.6). Die von der psychiatrischen Gutachterin festgehaltene gewisse Tendenz zur Schmerzverdeutlichung (AB 52.2 S. 7 Ziff. 4.1) weist keine aggravatorischen Züge auf resp. geht nicht über eine blosser Verdeutlichung hinaus (vgl. Entscheid des BGer vom 11. Januar 2019, 9C\_658/2018, E. 4.1).

Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus (vgl. E. 3.2.2 hiervor), womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 3.2.3 hiervor).

**5.2** Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

**5.2.1** Mit Bezug auf den Komplex "Gesundheitsschädigung" (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

**5.2.1.1** Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung stellte die psychiatrische Gutachterin der MEDAS - nebst weitgehend unauffälligen Befunden - affektiv bloss eine Niedergestimmtheit, anamnestisch panikartige Angstzustände (letztmals Mitte 2018), Zwangshandlungen im Sinne von

Reinigungs- und Ordnungszwängen, eine gelegentliche Hoffnungslosigkeit sowie passive Sterbewünsche fest (AB 52.2 S. 7 Ziff. 4.3). Die diagnoserelevanten Befunde waren vor diesem Hintergrund nicht stark ausgeprägt, weshalb die psychiatrische Gutachterin die depressive Episode denn auch lediglich als restsymptomatisch und die Zwangssymptomatik als leichtgradig qualifizierte (AB 52.2 S. 12 Ziff. 7.1). Dies überzeugt insbesondere auch im Lichte der von der Beschwerdeführerin geschilderten Freizeit- bzw. Alltagsaktivitäten sowie der sozialen Kontakte (AB 15 S. 2, AB 52.3 S. 4 Ziff. 3.2; vgl. E. 5.2.3 und 5.3.1 hiernach). Sodann wies die Gutachterin auch auf invaliditätsfremde und damit unbeachtliche Belastungsfaktoren wie die Krankheit einer im gleichen Haushalt lebenden erwachsenen Tochter der Beschwerdeführerin (AB 52.2 S. 4 Ziff. 3.2, S. 9 Ziff. 6.2.2), die schwierigen familiären Verhältnisse (keine befriedigende Ehe; AB 52.2 S. 5 Ziff. 3.2), die schwierige Wohnsituation (Kontrolle durch die in der Nachbarswohnung lebende Schwiegermutter; AB 52.2 S. 5 Ziff. 3.2, S. 10 Ziff. 7.1), das Mobbing am Arbeitsplatz und die bildungsbedingten Defizite (erhebliche Rechenschwäche) hin, welche eine erhebliche Rolle für die Symptomausprägung spielten (AB 52.2 S. 12 f. Ziff. 7.1; vgl. auch AB 28 S. 4 Ziff. 2.1).

**5.2.1.2** Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Aus den Akten geht hervor, dass sich die Beschwerdeführerin seit dem 17. November 2017 einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung unterzieht (AB 28 S. 3 Ziff. 1.1, AB 52.1 S. 6 Ziff. 4.6), jedoch lediglich eine niedrigfrequente psychotherapeutische Therapie (alle drei Wochen) in Anspruch nimmt (AB 52.2 S. 11 Ziff. 7.1). Stationäre Massnahmen fanden bislang keine statt. Gemäss der psychiatrischen Gutachterin wäre eine intensivierete psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung über eine ausreichend lange Zeit in einem teilstationären tagesklinischen Setting wahrscheinlich geeignet, die psychiatrische Symptomatik, die allgemeine soziale Funktionalität wie auch die Arbeitsfähigkeit zu verbessern (AB 52.1 S. 7 Ziff. 4.11.1, AB 52.2 S. 15 Ziff. 8.4.1). Mithin kann unter diesen Umständen nicht von einer Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten bzw. einer ausgewiesenen Behandlungsresistenz die Rede sein.

In Bezug auf die Eingliederung ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin seit der Kündigung bei der J.\_\_\_\_\_ zwar eine Tätigkeit als ... in einem Privathaushalt im Umfang von 20 bis 30 % ausübt (AB 15 S. 1, AB 52.2 S. 5 Ziff. 3.2), indessen nicht wie es ihr medizinisch-theoretisch zumutbar wäre (AB 52.1 S. 6 Ziff. 4.7 bis 4.9). Vor diesem Hintergrund kann nicht von einer Eingliederungsresistenz gesprochen werden.

**5.2.1.3** Was den Indikator Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) angeht, führte die psychiatrische Expertin als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nebst der depressiven Episode, derzeit restsymptomatisch, noch eine Zwangssymptomatik auf (AB 52.2 S. 9 Ziff. 6.1; vgl. E. 4.3.1 hiervor), doch postulierte sie keine eigentlichen Wechselwirkungen zwischen den Diagnosen. Mithin bestehen keine Hinweise für eine ressourcenhemmende Komorbidität.

**5.2.2** Betreffend den Komplex "Persönlichkeit" (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) stellte die psychiatrische Expertin differentialdiagnostisch eine Persönlichkeit mit zwanghaften und selbstunsicheren Zügen (ICD-10 F61.0; Differentialdiagnose: ICD-10 Z73.1), jedoch keine eigentliche Persönlichkeitsstörung fest (AB 52.2 S. 9 Ziff. 6.1). Auch seitens der Behandler der Privatklinik F.\_\_\_\_\_ erfolgte keine entsprechende Diagnosestellung (AB 28 S. 5 Ziff. 2.5).

**5.2.3** Was den Komplex "Sozialer Kontext" (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) betrifft, so gab die Beschwerdeführerin bereits im Erstgespräch vom 20. Juni 2018 (AB 15) an (vgl. Beschwerde, S. 12 Ziff. 4), dass sie ab und zu lese und wieder Klavier spiele (AB 15 S. 2). Anlässlich der bidisziplinären Begutachtung im März 2019 (AB 52.1 S. 2 Ziff. 2) erklärte die Beschwerdeführerin sodann, sie verfüge über zwei gute Kolleginnen (AB 52.2 S. 6 Ziff. 3.2), spiele täglich eine halbe Stunde Klavier und liebe das Kochen sowie das Ausprobieren neuer Rezepte (AB 52.3 S. 4 Ziff. 3.2). Damit hält das soziale Umfeld gewisse Ressourcen bereit.

**5.3** Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie "Konsistenz". Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.).

**5.3.1** Zum Indikator "gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" (BGE 141 V 281 E. 4.4.1

S. 303 f.) bemerkte die psychiatrische Gutachterin keine Diskrepanzen (AB 52.2 S. 13 Ziff. 7.3). Aus den Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin ab und zu lese, täglich eine halbe Stunde Klavier spiele sowie das Kochen und das Ausprobieren neuer Rezepte liebe (AB 15 S. 2, AB 52.3 S. 4 Ziff. 3.2). Ausserdem kümmere sie sich um die kranke Tochter, indem sie ihr immer irgendwie helfen oder etwas besorgen müsse (AB 52.2 S. 3 Ziff. 3.2). Damit kontrastiert - entgegen der Auffassung in der Beschwerde (vgl. S. 9 Ziff. 3.3) - nicht der Umstand, dass die Tochter grundsätzlich selbständig und arbeitstätig ist (AB 52.2 S. 6 Ziff. 3.2). Sodann ist darauf hinzuweisen, dass eine gesundheitsbedingte Veränderung oder Beeinflussung der Freizeit- bzw. Alltagsaktivitäten sowie der sozialen Kontakte gegenüber der Gutachterin nicht beschrieben wurde.

**5.3.2** In Bezug auf den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck und in diesem Zusammenhang die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) ist zwar von einem zumindest gewissen Leidensdruck auszugehen (vgl. zu den Behandlungen E. 5.2.1.2 hiervor), gleichzeitig bestehen jedoch insofern Zweifel an dessen Erheblichkeit, als die Beschwerdeführerin lediglich eine niedrigfrequente psychotherapeutische Therapie (alle drei Wochen) in Anspruch nimmt (AB 52.2 S. 11 Ziff. 7.1) und sich bislang nie stationär behandeln liess. Auch der Umfang des Eingliederungsversuchs spricht nicht für einen erheblichen Leidensdruck (vgl. zum Ganzen E. 5.2.1.2 hiervor).

**5.4** Wenngleich die Indikatoren Persönlichkeit und sozialer Kontext allenfalls für eine gewisse funktionelle Einschränkung bzw. eine gewisse Ressourcenhemmung sprechen, stehen die übrigen Komplexe, insbesondere der Aspekt "Konsistenz" klar der psychiatrischerseits attestierten Arbeitsunfähigkeit von 30 % (vgl. E. 4.3.3 hiervor) entgegen. Mithin sind in der Gesamtbetrachtung die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens zu verneinen ist. Vor diesem Hintergrund ist auf die psychiatrisch attestierte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Optik nicht abzustellen.

Damit erübrigen sich die Durchführung einer Haushaltabklärung und die Vornahme einer Invaliditätsbemessung (vgl. Beschwerde, S. 12 Ziff. 4).

## **6.**

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 2. September 2020 (AB 82) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

## **7.**

**7.1** Gemäss aArt. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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 unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**7.2** Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (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):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.