

200 15 1119 IV
FUR/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. April 2016

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. November 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1971 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 8. Juni 2007 mit Hinweis auf eine seit Juni 2006 bestehende depressive Verstimmung mit Körpersymptomen im Rahmen einer Erschöpfung bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Nach Abklärungen beruflicher und medizinischer Art sprach ihr die IVB nach vorgängig durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 21) insbesondere gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 10. Juni 2008 (AB 18) sowie den Abklärungsbericht Haushalt vom 16. Juni 2008 (AB 19/2) mit Verfügung vom 11. März 2009 (AB 28) bei einem in Anwendung der gemischten Methode (80% Erwerb, 20% Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad von 50% ab 1. August 2007 eine halbe Invalidenrente zu. Die Verfügung blieb unangefochten.

Die IVB bestätigte nach 2009 (AB 29) und 2013 (AB 37) durchgeführten Rentenrevisionsverfahren jeweils (AB 34 und 44) den weiteren Anspruch auf eine halbe Invalidenrente aufgrund eines unveränderten Invaliditätsgrads.

B.

Mit Eingabe vom 12. Juli 2014 (AB 45) stellte die Versicherte mit Hinweis auf eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes den Antrag auf eine Rentenerhöhung. Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen, insbesondere nach einer psychiatrischen Verlaufsbeurteilung durch Dr. med. C. _____ (AB 60.1), stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 14. September 2015 (AB 62) in Aussicht, das Rentenerhöhungsgesuch abzuweisen, mit der Begründung, seit der ursprünglichen Verfügung vom 11. März 2009 (AB 28) sei weder in medizinischer noch wirtschaftlicher Sicht eine wesentliche Veränderung eingetreten. Mit

Schreiben vom 18. September 2015 (AB 64) wies sich Fürsprecher B. _____ als Rechtsvertreter der Versicherten aus. Dieser erhob am 13. Oktober 2015 (AB 67) Einwände gegen den Vorbescheid. Mit Verfügung vom 18. November 2015 (AB 69) entschied die IVB wie im Vorbescheid angekündigt.

C.

Mit Eingabe vom 18. Dezember 2015 liess die Versicherte, weiterhin vertreten durch Fürsprecher B. _____, hiergegen Beschwerde erheben mit folgenden Rechtsbegehren:

Die Verfügung vom 18. November 2015 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100% ab Juli 2014 eine ganze Rente auszurichten, allenfalls unter Rückweisung der Akten an die Beschwerdegegnerin zwecks Vornahme weiterer Abklärungen;

- unter Kostenfolge -

Der Beschwerde beigelegt war der Bericht von Dr. med. D. _____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie FMH, sowie E. _____, Psychotherapeutin FSP, vom 4. Dezember 2015 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 5).

Mit Beschwerdeantwort vom 19. Januar 2016 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 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000

(ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 18. November 2015 (AB 69). Streitig und zu prüfen ist die revisionsweise Bestätigung der bisher laufenden halben Invalidenrente.

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).

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

2.3

2.3.1 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). 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 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349). 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).

2.3.2 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 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

2.3.3 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 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 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

2.4 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 Vorliegend ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 11. März 2009 (AB 28) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 18. November 2015 (AB 69) zu prüfen, ob in den für den Leistungsanspruch relevanten Tatsachen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Mitteilungen vom 4. März 2010 (AB 34) und 6. Juni 2013 (AB 44), mit welchen jeweils der Invaliditätsgrad von 50% bestätigt wurde, stellen keine Vergleichsbasis dar, da damals keine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114).

3.2 Die ursprüngliche, unangefochten gebliebene Verfügung vom 11. März 2009 (AB 28) stützte sich im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 10. Juni 2008 (AB 18). Darin diagnostizierte diese mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11; S. 9 Ziff. 4).

Zum Zeitpunkt der klinischen Untersuchung habe sich eine deutlich depressive Frau mit gravierender affektiver Störung, mit deutlichen formalen Denkstörungen, mit psychomotorischer Hemmung und mit chronischer Suizidalität gezeigt. Anamnestische Angaben würden zudem auf Zustände von Derealisation und Depersonalisation hinweisen. Eine gewisse vegetative Übererregbarkeit sei durchaus objektivierbar. Nicht objektivierbar seien die in den Akten erwähnten Flashbacks, wobei deren Vorhandensein durchaus plausibel sei angesichts der Vorgeschichte und des Gesamteindrucks. Die anderweitig ebenfalls in den Unterlagen postulierte posttraumatische Belastungsstörung könne demzufolge nicht wirklich bestätigt werden. Ob eine solche zusätzlich zur gravierenden Depressivität bestehe, habe auf die Leistungsfähigkeit und die versicherungsmedizinische Beurteilung aber letztlich auch keinen Einfluss. Unbestritten sei eine schwerwiegende Trauma-Anamnese in frühen Kindheitsjahren und ein objektiver deutlich pathologischer psychiatrischer Befund, welcher auf das Vorliegen einer schweren affektiven bzw. depressiven Störung hinweise, die zurzeit ausreichend und umfassend behandelt sei (S. 8).

In ihrer angestammten Tätigkeit als ..., noch dazu im Schichtbetrieb, sei die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer psychiatrischen Störung vollständig arbeitsunfähig, was sich im Wesentlichen durch kognitive und formalgedankliche sowie antriebsmässige Limitierungen begründen lasse. Durch die limitierten kognitiven Funktionen könnten Fehler unterlaufen, welche im ... rasch fatale Folgen zeitigen könnten. Hinzu komme, dass Nachtarbeit im Falle von depressiv kranken Menschen grundsätzlich obsolet sei. In allen anderen Tätigkeiten, welche mit einer geringen Verantwortlichkeit und mit einer geringen kognitiv-intellektuellen Belastung einhergehen würden, sei sie „nur“ aufgrund ihrer Antriebsstörung und ihrer affektiven Beeinträchtigungen limitiert (S. 9). In einer derart angepassten Tätigkeit könne ihr ein

Pensum von 50% zugemutet und innerhalb dessen eine volle Leistungsfähigkeit erwartet werden (S. 10 Ziff. 5.10-14).

3.3 Für den Zeitraum zwischen Erlass der Verfügung vom 11. März 2009 (AB 28) und der hier angefochtenen Verfügung vom 18. November 2015 (AB 69) präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Die behandelnde Hausärztin, Dr. med. F._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, stellte in ihrem Verlaufsbericht vom 17. Februar 2010 (AB 33) fest, im Vergleich zu ihrem Bericht vom 8. Oktober 2007 (vgl. AB 11) / 2008 sei keine Änderung der Diagnosen, des Gesundheitszustandes oder der Arbeitsfähigkeit eingetreten (S. 1 Ziff. 1-2). Nach einer teilstationären Behandlung von Oktober 2008 bis Januar 2009 und nachfolgender Weiterführung der ambulanten Psychotherapie hätte sich sicher eine Stabilisierung jedoch keine wesentliche Besserung eingestellt. Die Beschwerdeführerin habe im weiteren Verlauf eine reduzierte Teilzeitstelle angenommen, wo sie nun zu ca. 30% arbeite, was aktuell weiterhin an der oberen Grenze bezüglich Belastbarkeit liege (Ziff. 3).

Im Verlaufsbericht vom 22. Mai 2013 (AB 43) gab Dr. med. F._____ an, der Gesundheitszustand habe sich seit 2010 eher verschlechtert (S. 1 Ziff. 1), in der Diagnosestellung habe sich keine Änderung ergeben (Ziff. 2). Die Beschwerdeführerin sei mit ihrem aktuellen Arbeitspensum von ca. 30% ausgelastet. Zusätzliche soziale Kontakte oder Freizeitaktivitäten seien massiv eingeschränkt (S. 2 Ziff. 1).

Dr. med. F._____ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 9. Juli 2014 (AB 45/2) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit neben einer mittelschweren bis schweren depressiven Verstimmung mit schwerem psychophysischem Erschöpfungszustand, zunehmender latenter Suizidalität und ausgeprägter Körpersymptomatik (ICD-10 F32.11) eine posttraumatische Belastungsstörung nach Missbrauch (ICD-10 F43.1). Bei der „Rentenrevision“ vor einem Jahr habe sie bereits festgehalten, dass sich die gesundheitliche Situation trotz allen therapeutischen Bemühungen verschlechtert habe. Diese Verschlechterung habe sich nun leider im Verlauf des letzten Jahres akzentuiert. Die depressive Verstimmung habe deutlich zugenommen, mit aus-

geprägter Erschöpfung, Rückzug und Verstärkung der latenten Suizidalität. Das bisherige Teilpensum als ... in einem ... von 30% sei bisher nur mit grosser Mühe möglich gewesen. Per 1. Juli 2014 habe der Grad der Arbeitsunfähigkeit auf 80% erhöht werden müssen, weshalb der Antrag auf vorzeitige Rentenrevision erfolge (S. 1).

3.3.2 Dr. med. D._____ sowie die Psychotherapeutin FSP Frau E._____ diagnostizierten im Bericht vom 18. August 2014 (AB 47) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1; S. 1). Trotz Therapie leide die Beschwerdeführerin allerdings nach wie vor an massiven Schlafstörungen mit Alpträumen. Immer wiederkehrende Ekelgefühle würden sie in der Nacht kaum Ruhe finden und entspannen lassen. Sie leide an Flashbacks und sich aufdrängenden Bildern. Die körperlichen Beeinträchtigungen seien erheblich und würden die Lebensqualität zusätzlich einschränken. Heute vergehe kein Tag mehr ohne Schmerzen. Die Grenzen der möglichen Tätigkeiten seien eng gesteckt, die Suizidalität sei ein ständiges Thema. Die Komplexität der Symptomatik und die bereits seit Jahren bestehenden Beschwerden würden eine Prognose schwierig machen. Traumatische Kindheitserlebnisse und sexueller Missbrauch würden meist einen langen Verarbeitungsprozess erfordern. Die Fortschritte seien auf psychischem Gebiet sichtbar, aber - wie aus der Biografie zu erwarten - nicht spektakulär. Die chronischen Schmerzen hätten zugenommen und würden mögliche Prozesse verlangsamen. Es sei nicht mit einer raschen gesundheitlichen Verbesserung zu rechnen. Auch das 30%-ige Arbeitspensum sei von der Beschwerdeführerin nicht mehr zu bewältigen. Die physische Erschöpfung und die Schmerzen würden die Depression und die Suizidalität verstärken. Eine ganze Invalidenrente könnte hier Entlastung bringen und die Heilungsprozesse weiterbringen (S. 3).

3.3.3 Dr. med. F._____ führte in ihrem Schreiben vom 2. Oktober 2014 (AB 49) aus, der Gesundheitszustand habe sich seit den Berichten vom 22. Mai 2013 (AB 43) und 9. Juli 2014 (AB 45/2) verschlechtert (S. 1 Ziff. 1). In den letzten Monaten habe die Erschöpfbarkeit und die latente Suizidalität deutlich zugenommen (Ziff. 3). Die Psychotherapie finde wöchentlich statt, teilweise auch zweimal pro Woche. Daneben fänden re-

gelmässige hausärztliche Konsultationen statt. Allenfalls müsse doch eine Hospitalisation erfolgen. Die Arbeitsunfähigkeit habe im September 2014 von 80% auf 100% erhöht werden müssen (Ziff. 4).

Dr. med. F._____ teilte Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) im Januar 2015 (AB 54) telefonisch mit, die Verschlechterung bestehe in der Zunahme der Depression im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung. Die somatischen Befunde müssten bei der Einschätzung des funktionellen Zumutbarkeitsprofils nicht berücksichtigt werden, da die Schmerzen für die Beschwerdeführerin zwar ein Thema seien, jedoch im Rahmen der Depression zu sehen seien. Nun liege eine schwere und keine mittelgradige Depression vor, auch wenn dies im Psychostatus nicht zum Ausdruck komme.

3.3.4 Dr. med. C._____ diagnostizierte im psychiatrischen Verlaufsgutachten vom 9. Juli 2015 (AB 60.1) neben einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1; S. 7 Ziff. 4). Im Vordergrund stehe eine psychophysische Erschöpfung, körperlich wie seelisch wahrgenommen. Damit einhergehen würden Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit und Suizidalität. Weiter würden sich Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung in Form von Alpträumen, szenischem Erinnern und Wiedererleben, olfaktorischen Triggern mit nachfolgend Einigelungs-/Abkapselungszuständen von überwältigenden körperlichen Reaktionen wie Ekel, Brechreiz, Starre und Paralyziertheit ergeben (S. 6). Die depressive Symptomatik im engeren Sinne stehe nicht im Vordergrund, sondern die Erschöpfung, das ausgelaugt sein, der Schmerz sowohl körperlich als auch seelischer Art und damit einhergehend die zunehmende Hoffnungs- und Sinnlosigkeit. Der Verlauf sei progressiv, die Ressourcen und die Lebensperspektiven würden schwinden, die Aktivität werde nach und nach eingestellt (wegen der überlagerten Erschöpfung) und es würden therapeutische Fortschritte fehlen (Aussichtslosigkeit). Ein eigentlicher Auslöser für die Verschlechterung, welche seit Sommer 2014 geltend gemacht werde, lasse sich nicht finden. Von der Beschwerdeführerin werde die Verschlechterung als schleichender Prozess beschrieben, welcher sich über die vergangenen

Jahre erstreckt habe, zunächst aber noch teilweise habe kompensiert werden können. Obschon der psychopathologische Befund heute eher diskret sei, liege die Verschlechterung des Zustandes auf der Hand, indem die soziale Desintegration fortgeschritten sei, das subjektive Befinden schlechter geworden sei und die therapeutischen Bemühungen demgegenüber verstärkt worden seien. Die Verschlechterung sei damit lediglich am Parameter sozialer Integration zu objektivieren, währenddem sie in psychopathologischen Befunden kaum Niederschlag finde. Angesichts des Krankheitsverlaufs, der psychosozialen Entwicklung und der Befunderhebung müsse leider konstatiert werden, dass das chronisch-progressive Leiden fortgeschritten und die soziale Desintegration grösser geworden sei. Die Plausibilität sei vollständig gegeben, die Beschwerdeführerin vermöge ihre verbleibenden Kräfte nicht mehr in Tätigkeiten, die den Begriff Arbeit rechtfertigen würden, umzusetzen. Sie würde schon an der Haushaltsführung und Körperpflege scheitern. Ihre ganze Energie verwende sie in therapeutische Bemühungen, welche aber ebenfalls mässig erfolgreich zu verlaufen scheinen würden. Gegenüber der Vorbegutachtung müsse leider festgestellt werden, dass die verbleibende Arbeitsfähigkeit weiter geschwunden und auch im geschützten Rahmen keine Arbeitstätigkeit mehr zumutbar sei (S. 7).

3.3.5 Gemäss dem Bericht von Dr. med. D. _____ und der Psychotherapeutin FSP Frau E. _____ vom 4. Dezember 2015 (BB 5) zeige die Beschwerdeführerin anamnestisch und aktuell erkennbar die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Eine solche sei bereits von ihrer früheren Therapeutin 2007 diagnostiziert worden (S. 1). Mit den Jahren hätten die körperlichen Symptome stark zugenommen, so dass diese im Moment im Vordergrund stünden, da die Schmerzen die Beschwerdeführerin in ihrem Alltag stark einschränken würden. Die Symptomatik umfasse bei ihr das gesamte Spektrum einer posttraumatischen Belastungsstörung. Im Laufe der Therapie seien immer mehr Erinnerungsbilder aufgetaucht, so dass das Beschwerdebild einer posttraumatischen Belastungsstörung klar hervorgetreten sei neben der Depression als Komorbidität. Aus der Literatur sei bekannt, dass Kindesmisshandlungen, insbesondere sexuelle Kindesmisshandlungen im Vergleich zu anderen traumatischen Ereignissen als besonders belastend erlebt würden und dass sie die Wahr-

scheinlichkeit einer Erkrankung an Symptomen oder am Syndrom einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie komorbiden Störungen deutlich erhöhen würden. Die Gutachterin Dr. med. C. _____ habe bereits im ersten Gutachten 2008 (vgl. E. 3.2 hiervor) posttraumatische Symptome erwähnt. Die Grenze gemäss ICD-10, wonach die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung selten später als sechs Monate nach dem traumatischen Erlebnis auftreten würde, lasse sich nach neueren Forschungen nicht mehr so halten. Selbst das ICD-10 und DSM-IV würden unter bestimmten Voraussetzungen explizit auch die Möglichkeit sehr viel längerer Latenzzeiten zwischen Traumaereignis und Erstmanifestation einer posttraumatischen Belastungsstörung vorsehen (S. 2). Die Beschwerdeführerin habe durchaus bereits als Kind Auffälligkeiten gezeigt, die von den Eltern hätten wahrgenommen werden können und die man heute als Traumasymptome interpretieren müsse.

Neben der posttraumatischen Belastungsstörung sei weiterhin die Diagnose der mittelgradigen Depression zu stellen. Das Zusammenspiel der beiden Beschwerdekompexe (posttraumatische Belastungsstörung und Depression) hätten je zum Fortschreiten der sozialen Desintegration beigetragen. Zusammenfassend würden sich diagnostisch folgende Themenkomplexe zeigen: posttraumatische Belastungsstörung, Depression, soziale Desintegration, körperliche Schmerzproblematik und fundamentale Verletzungen in der körperlichen Integrität mit Beginn in frühester Kindheit, mit massgeblicher Prägung der gesamten Persönlichkeitsentwicklung. Diese Diagnosekomplexe würden zusammenhängen sowie sich bedingen und verstärken (S. 3). Die dissoziative Verarbeitung und die zweifellos vorhandenen Stärken der Beschwerdeführerin hätten zwar eine kurzzeitige „Normalität“ erlaubt, in welcher eine normale Schulbildung, der Abschluss der gewünschten Ausbildung und der Anfang eines erfolgreichen Berufslebens möglich gewesen sei. Allerdings sei die Grundlage fragil gewesen und habe nicht Bestand haben können. Als dann im mittleren Lebensalter offensichtlich wurde, dass sich ihre positiven Zukunftspläne nicht erfüllten, sei das ganze fragile Konstrukt kaskadenartig zusammengebrochen. Der abgespaltene Körper habe sich mit massiven Schmerzen gemeldet und habe nicht länger ignoriert werden können. Durch den Verlust der Arbeit als ... habe sie viel von ihrem Selbstwert und den stützenden Teil ihres Lebens

verloren. In der Folge sei die soziale Desintegration fortgeschritten. In dieser belastenden Situation hätten sich die Schmerzen verstärkt und auch die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung (Flashbacks, Alpträume, Intrusion) seien drängender geworden, da es keine psychischen Kompensationsmöglichkeiten im Aussen mehr gegeben habe. Schliesslich seien die Schmerzen und die Erschöpfung so stark geworden, dass die Beschwerdeführerin im Sommer 2014 von ihrer Hausärztin krank geschrieben worden sei. Die im Gutachten gestellten Diagnosen der Depression und der posttraumatischen Belastungsstörung seien in der äusserlichen Symptomatik nicht gravierender geworden (im subjektiven Erleben allerdings schon). Die Schmerzproblematik und soziale Desintegration hätten aber noch einmal massiv zugenommen. Es sei keine Arbeitstätigkeit, auch nicht in geschütztem Rahmen, mehr möglich (S. 4).

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 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.5 Aufgrund der nachfolgenden Ausführungen ist seit der Verfügung vom 11. März 2009 (Ab 28) keine wesentliche Veränderung in den medizinischen Verhältnissen erstellt.

3.5.1 Sowohl Dr. med. F. _____ (AB 33, 43, 45/2 und 49), Dr. med. D. _____ und die Fachpsychologin FSP Frau E. _____ (AB 47 und 71) als auch Dr. med. C. _____ (AB 60.1) stellten in ihren Berichten u.a. die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F 43.1). Diese Diagnosestellung überzeugt nicht.

3.5.2 Eine posttraumatische Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1 setzt rechtsprechungsgemäss voraus, dass sie mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten nach dem Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung und katastrophenartigem Ausmass auftritt, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren können die Schwelle zur Entwicklung dieses Syndroms zwar senken und den Verlauf erschweren, sind aber weder notwendig noch ausreichend, um dessen Auftreten erklären zu können (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 208). Eine weniger einschränkende Formulierung des Belastungskriteriums und damit die Berücksichtigung von Ereignissen, die weder eine aussergewöhnliche Bedrohung noch eine Katastrophe darstellen, dennoch aber im Erleben einer versicherten Person eine Traumatisierung auslösen können, mag therapeutisch Sinn machen. Dasselbe gilt für eine weniger einschränkende Formulierung der zeitlichen Latenz mit Berücksichtigung von einem erst lange nach den traumatischen Ereignissen beginnenden Krankheitsverlauf. Hingegen verlangt die Leistungsberechtigung in der Invalidenversicherung zwangsläufig eine gewisse Objektivierung, weshalb solche Konstellationen ausser Betracht bleiben müssen (vgl. u.a. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Juni 2013, 9C_228/2013 E. 4.1.2 f.).

3.5.3 Dr. med. F. _____ (vgl. Bericht vom 8. Oktober 2007; AB 11) und die damals behandelnde Fachpsychologin für Psychotherapie FSP Frau H. _____ (vgl. Bericht vom 16. November 2007; AB 12), diagnostizierten bereits vor Erlass der unangefochten gebliebenen rentenzusprechenden Verfügung vom 11. März 2009 (AB 29) eine posttraumatische Belastungs-

störung. Die Beschwerdegegnerin stützte ihren erstmaligen Rentenentscheid jedoch im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 10. Juni 2008 (AB 18). Diese kam darin zum überzeugenden Schluss, dass die gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht bestätigt werden kann. Somit erfolgte die Rentenzusprache 2009 lediglich auf der Diagnose einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode mit somatischen Symptomen.

Wenn nun im Rentenrevisionsverfahren insbesondere auch von der Gutachterin Dr. med. C. _____ eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wird, überzeugt dies mit Blick auf die unter E. 3.5.2 hiervoor wiedergegebene höchstrichterliche Rechtsprechung nicht. Daran ändert der von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Einwand, Dr. med. C. _____ habe bereits anlässlich der Begutachtung 2008 eine Vielzahl posttraumatischer Symptome festgestellt (vgl. Beschwerde S. 8 B. Ziff. 3) und die Diagnose sei bereits 2007 von der Hausärztin gestellt worden (S. 9 Ziff. 5), nichts. An seiner Rechtsprechung hat das Bundesgericht festgehalten, im Wissen, dass in der Fachliteratur darauf hingewiesen wird, in gewissen Fällen trete die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung mit erheblicher, zum Teil mehrjähriger Verzögerung auf (BGer 9C_228/2013 E. 4.1.2). Diese bundesgerichtliche Praxis ist denn auch auf Fälle wie denjenigen eines weit zurückliegenden sexuellen Missbrauchs anwendbar. Im vorliegenden Fall beruht die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung auf den erstmals im Rahmen der Leistungsanmeldung bei der Beschwerdegegnerin im Jahre 2007 aktenkundigen Angaben der Beschwerdeführerin von in der Kindheit erlittenen sexuellen Übergriffen und Vergewaltigungen (vgl. u.a. AB 12/2). Eine diesbezügliche längerdauernde Arbeitsunfähigkeit bis April 2006 ist medizinisch nicht belegt. Somit fehlen im Zeitraum zwischen den geltend gemachten Missbrauchsvorfällen in der frühen Kindheit und der aufgetretenen psychischen Dekompensation 2006 während rund 30 Jahren rechtsgenügende Hinweise auf eine regelmässige, wegen des sexuellen Missbrauchs erforderlich gewordene psychiatrische Behandlung und eine (psychisch bedingte) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auch war die Beschwerdeführerin in dieser Zeit in der Lage die Ausbildungen zur ..., zur dipl. ... und dipl. ... zu absolvieren und ein nicht unerhebliches Einkommen zu erzielen. In diesem Zeitraum

sind denn auch keine Anzeichen einer psychischen Störung aktenkundig und aufgrund der nachgewiesenen Ausbildungen und Berufstätigkeiten anzunehmen. Somit erweist sich die ausschliesslich auf die anamnестischen Angaben der Beschwerdeführerin gestützte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung als nicht hinreichend ausgewiesen. In diesem Sinne erweist sich die entsprechende frühere Einschätzung von Dr. med. C._____ (AB 18 S. 8) als zutreffend. Nichts zu ihren Gunsten ableiten kann die Beschwerdeführerin, dass Dr. med. C._____ 2015 die posttraumatische Belastungsstörung u.a. mit Hinweis auf Albträume, szenisches Erinnern und Wiedererleben sowie olfaktorisches Triggern mit nachfolgend Einigelungs-/Abkapselungszuständen von überwältigenden körperlichen Reaktionen wie Ekel, Brechreiz, Starre und Paralysertheit begründet (vgl. AB 60.1 S. 6 Ziff. 3 und Beschwerde S. 9 B. Ziff. 4). Denn die Beschwerdeführerin machte diese Beschwerden grösstenteils bereits vor der rentenzusprechenden Verfügung von 2009 geltend (vgl. u.a. AB 12 und 18). Da seit dieser Zeit auch keine Retraumatisierung eingetreten ist, handelt es sich bei den Ausführungen zur posttraumatischen Belastungsstörung von Seiten der involvierten Mediziner um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes, der aus revisionsrechtlicher Sicht unbeachtlich ist.

3.5.4 Die geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes begründet Dr. med. C._____ im Wesentlichen mit einer fortgeschrittenen Desintegration, dem subjektiv schlechter gewordenen Befinden und der Verstärkung der therapeutischen Bemühungen. Damit kann jedoch eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes nicht nachvollziehbar belegt werden. Aufgrund der Schilderung ihres Alltags durch die Beschwerdeführerin und dem Umstand, dass sie einen kleinen Bekanntenkreis (AB 47 S. 2), insbesondere drei gute Freundinnen (AB 60.1 S. 5 Ziff. 2.1.6), hat, kann eine Desintegration wie gutachterlich beschrieben, nicht nachvollzogen werden. Zudem kann bereits dem Bericht von Dr. med. F._____ vom 8. Oktober 2007 (AB 11) entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Alltagsbewältigung und vor allem in der Freizeit massiv eingeschränkt sei, so dass sie kaum noch soziale Kontakte pflege und die Zeit neben der Arbeitszeit weitgehend zur Erholung benötige (S. 2 Ziff. 2). Weiter ist die beschwerdeweise geltend gemachte zunehmende

Überforderung im Haushalt (Beschwerde S. 10 Ziff. 6) im vorliegenden Fall nicht ausgewiesen, bzw. hat sie sich seit der Rentenzusprache 2009 nicht wesentlich verändert. So gab die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung 2015 beim Beschreiben des Tagesablaufs an, sie erledige den Haushalt und koche. Auch bereits anlässlich der Haushaltsabklärung 2007 (AB 19) hatte sie zudem angegeben, die Haushaltsarbeiten, welche sie früher nebenbei erledigt hätte, müsse sie nun planen und auf die ganze Woche verteilen, da sie rasch ermüde und sich kraft- sowie energielos fühle (S. 3 Ziff. 1).

3.5.5 Weiter kommt Dr. med. C. _____ in ihrem Gutachten vom 9. Juli 2015 zum Schluss, im Vordergrund stehe die Erschöpfung, das ausgelaugt sein, der Schmerz sowohl körperlich als auch seelischer Art und damit einhergehend die zunehmende Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit. Auch mit diesen Ausführungen ist jedoch keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes seit 2009 zu postulieren. So gab die Beschwerdeführerin anlässlich der gutachterlichen Untersuchung am 28. Mai 2015 an, die körperlichen Beschwerden seien gleichermassen vorhanden wie anlässlich der Begutachtung 2008 (S. 3 Ziff. 2.1.1). Was die geklagten Konzentrationschwierigkeiten betrifft, so konnte Dr. med. C. _____ anlässlich der Untersuchung 2015 keine Hinweise für Auffassungs- oder Gedächtnisstörungen eruieren. Sie gab denn auch an, die Konzentrationsfähigkeit sei nur subjektiv eingeschränkt. Objektiv habe sie sich auch nach anderthalb Stunden des Gesprächs wenig bemerkbar gemacht (S. 6 Ziff. 2.3.1 f.). Zudem machte die Beschwerdeführerin 2015 wie bereits 2008 Müdigkeit und Schlafprobleme geltend (AB 18 S. 3 Ziff. 2.1.1) und bereits damals hatte Dr. med. C. _____ auf eine chronische Suizidalität hingewiesen (S. 8 Ziff. 3).

3.6 Aufgrund des Ausgeführten hat sich im vorliegenden Fall seit der ursprünglichen Rentenverfügung vom 11. März 2009 (AB 28) keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes ergeben. Die ärztlicherseits postulierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes beruht vielmehr auf der nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung vorliegend nicht haltbaren Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Indessen sind, wie die Be-

schwerdegegnerin zutreffend darlegt (vgl. Beschwerdeantwort S. 3), einzig die objektiven Befunde, welche sich vorliegend im relevanten Zeitraum nicht verschlechtert haben, massgebend. Somit kann auch von der beschwerdeweise geforderten (Beschwerde S. 10 Ziff. 6) erneuten Haushaltsabklärung abgesehen werden. Weiter ist aufgrund der Akten keine Veränderung in den erwerblichen Verhältnissen erstellt, die eine umfassende Neuprüfung des Rentenanspruchs zur Folge hätte. Bei gleich gebliebenen Verhältnissen hat somit auch keine neue Berechnung von Validen- bzw. Invalideneinkommen und Invaliditätsgrad zu erfolgen und der in der Beschwerde verlangte Abzug vom Tabellenlohn (Beschwerde S. 10 Ziff. 6) ist im vorliegenden Verfahren unbeachtlich. Die Beschwerdeführerin hat weiterhin Anspruch auf die zugesprochene halbe Invalidenrente. Daher hat die Beschwerdegegnerin zu Recht mit Verfügung vom 18. November 2015 (AB 69) das Rentenerhöhungsgesuch abgewiesen. Die hiergegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und somit abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 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):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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