

200 15 173 IV
KOJ/ABE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Oktober 2015

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Januar 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1979 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich erstmals am 30. August 2011 mit Hinweis auf Beeinträchtigungen nach Exstirpation eines Gehirn-Kavernoms bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage [AB] 1). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen verneinte die IVB mit Verfügung vom 23. Januar 2013 (AB 25) einen Leistungsanspruch mit der Begründung, es liege kein Krankheitsbild mit Invaliditätscharakter vor. Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 26/3) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit unangefochten gebliebenem Urteil vom 17. Juni 2013 (VGE IV/2013/130 [AB 30]) ab.

B.

Am 28. August 2013 beantragte die Versicherte wegen Lähmungserscheinungen beider Beine die Zusprechung eines Rollstuhls sowie weiterer Hilfsmittel (AB 31). Sodann reichte sie am 8. Mai 2014 eine neue Anmeldung ein für eine berufliche Integration bzw. eine Rente (AB 56). Die IVB tätigte Abklärungen; namentlich veranlasste sie eine fachtechnische Beurteilung durch die C. _____ (AB 39, 44), zog Berichte behandelnder Ärzte bei (AB 55 ff.) und unterbreitete das medizinische Dossier ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme (AB 71). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 72 ff.) wies die IVB das Leistungsgesuch erneut mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung ab (Verfügung vom 20. Januar 2015 [AB 93]).

C.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 19. Februar 2015 Beschwerde mit dem Antrag um kostenfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Rückweisung der Sache zu weite-

ren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin. Sodann beantragte sie eine persönliche Anhörung bzw. Befragung durch das Gericht, weil ihr Beschwerdebild allein aufgrund des Aktenstudiums nicht vollumfänglich und in der gesamten Tragweite erfasst werden könne (Beweisantrag); eine öffentliche Schlussverhandlung im Sinne von Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) wurde explizit nicht beantragt (Beschwerde, Ziff. 3).

Mit Beschwerdeantwort vom 23. März 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeabweisung.

Mit prozessleitender Verfügung vom 25. März 2015 wies der Instruktionsrichter den Antrag der Beschwerdeführerin auf Durchführung einer gerichtlichen Anhörung ab.

Am 24. Juni 2015 erhielten die Parteien unter Hinweis auf eine Praxisänderung des Bundesgerichts Gelegenheit zur fallbezogenen Stellungnahme. Mit Eingaben je vom 14. Juli 2015 hielten sowohl die Beschwerdeführerin als auch die Beschwerdegegnerin an ihren bisherigen Rechtsbegehren fest.

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 20. Januar 2015 (AB 93). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen (insbesondere eine Rente) der Invalidenversicherung und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

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

2.2.1 Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, ab-

wenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

2.2.2 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht (BGer) seine bisherige Praxis, wonach die Überwindbarkeit in Fällen mit Diagnostik anhaltender somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Störungen zu vermuten sei, aufgegeben. Zusammenfassend hat es festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs treten neu im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist fortan zu verzichten. Der Prüfungsrasster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Die Anerkennung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens 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 nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

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 Viertelrente.

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).

2.4.1 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, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.4.2 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

2.5 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad

der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112). Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). 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 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).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Die Eintretensfrage ist vom Gericht deshalb nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob eine für den Leistungsanspruch potentiell relevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, wobei der Sachverhalt im Zeitpunkt der mit Urteil vom 17. Juni 2013 (AB 30) bestätigten an-

spruchsverneinenden Verfügung vom 23. Januar 2013 (AB 25) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. Januar 2015 (AB 93) zu vergleichen ist (E. 2.5 hiavor).

3.1 In VGE IV/2013/130 (AB 30) gelangte das Gericht zum Schluss, es bestehe kein objektivierbarer und damit kein invalidisierender Gesundheitsschaden. Dabei stützte es sich hauptsächlich auf die Einschätzung des Spitals D. _____ vom 7. November 2011 (AB 14/3). Dort wurde festgehalten, die Patientin beklage seit der Hirnoperation (Exstirpation eines Cavernoms am 2. Mai 2011) Sensibilitätsstörungen und ein Taubheitsgefühl der gesamten rechten Körperhälfte mit Ungeschicklichkeit (z.B. häufiges Fallenlassen von Gegenständen), rechtsseitige Schmerzen, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisschwierigkeiten sowie rasche Ermüdbarkeit. In der Untersuchung sei im Vergleich zu entsprechenden Alters- und Bildungsnormen ein unauffälliges kognitives Leistungsprofil festgestellt worden. Im Depressionsfragebogen gebe die Patientin eine leichte depressive Symptomatik an. Die subjektiven Klagen (insbesondere auch im Bereich der Konzentration, Aufmerksamkeitsteilung und Gedächtnis) könnten nicht objektiviert werden und dürften mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht cerebraler Ursache sein. Auch das rechtsseitige sensomotorische Hemisyndrom lasse sich mit den MR-Befunden (kleine postoperative Veränderung am Lobulus parietalis inferior angrenzend zum Gyrus postcentralis links sowie stationäre lakunäre Läsion) nicht erklären. Somit ergebe sich der Befund eines (wohl rezidivierenden) sensomotorischen Hemisyndroms rechts, wobei allenfalls nur ein begrenzter Teil der Sensibilitätsstörung durch die Operation und nur ein Teil der Schwäche durch die Marklagerlakune erklärbar wären und eine funktionelle Komponente deshalb angenommen werden müsse.

3.2 Den im Rahmen der Neuanschuldung eingereichten medizinischen Unterlagen ist Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.2.1 Dr. med. E. _____, Facharzt für Neurologie FMH, legte im Bericht vom 20. August 2013 (AB 60/26) dar, nach der Resektion des Cavernoms sei die Patientin ca. während eines Jahres anfallsfrei gewesen. Nach erneuten absenzartigen Zuständen und generalisierten Krampfanfällen sei im Frühjahr 2013 eine stationäre Behandlung in der Rehaklinik F. _____

erfolgt (vgl. AB 60/29). Im weiteren Verlauf sei es seit ca. zwei Monaten zu einer „drastischen Zustandsverschlechterung“ mit Entwicklung einer sensomotorischen Paraparese und geringen Beschwerden auch an den oberen Extremitäten gekommen, worauf weitere Hospitalisationen gefolgt seien. Beklagt würden eine Gehunfähigkeit („mit Hilfe von Stöcken könne sie sich noch wenige Meter schleppen“), ein Kribbeln in den oberen und unteren Extremitäten, Miktions- und Defäkationsstörungen, ein Spannen im Genick sowie multiple Gelenk- und lumbale Rückenschmerzen. In der Untersuchung, zu der die Patientin im Rollstuhl erschienen sei, sei es im Stehen belastungsabhängig zu einem Zittern in beiden Beinen gekommen. Weitere organische Abklärungen seien indiziert; die Frage nach einer funktionellen Beschwerdegrundlage im Sinne eines Verdachts auf eine Konversionsstörung bleibe aber offen.

3.2.2 Im Austrittsbericht des Spitals D. _____ vom 30. September 2013 (AB 55/6) wurden folgende Diagnosen genannt:

1. Rezidivierende dissoziative Störung
 - aktuell: schwere Lähmungserscheinung der Beine mit Gangstörung
 - Klinisch: dyston anmutendes Gangbild mit Hyperextension der Knie und Innenrotation mit Verkrampfung der Füsse, subjektive Hypästhesie Beine sub Th8, fluktuierende rohe Kraft, sakkadierte Innervation, subjektiv Miktionsstörung
 - St. n. dissoziativen Paresen im frühen Jugendalter, dissoziative nicht-epileptische Anfälle
2. Vd.a. idiopathische Epilepsie, Erstdiagnose ca. 1996
 - DD symptomatisch i.R. Dg. 3
 - Anfallsklassifikation: absenzartige Zustände, generalisierte tonisch-klonische Anfälle
 - EEG: Aktenanamnestisch 2013 wiederholt Herdbefund links temporal
3. St. n. Cavernom-Resektion Gyrus parietalis inferior/postcentralis links 05/11
 - seither fluktuierende Hemiparese rechte Körperhälfte, DD funktionell
4. Ptosis und Miosis links seit Geburt bei Mikrophthalmie

Die Patientin sei zugewiesen worden zur Weiterabklärung einer zunehmenden Gangstörung mit Paraparese, Spasmen, Tremor und Inkontinenz. Anamnestisch bestehe seit knapp drei Monaten eine zunehmende Immobilisierung aufgrund einer schmerzhaften Schwäche beider Beine mit Sensibilitätsstörungen, wobei seit eineinhalb Monaten ein Rollstuhl benutzt werde. Sowohl die spinale und zerebrale Bildgebung als auch die Tibialis- und Medianus-SSEP (somatosensibel evozierte Potentiale) hätten einen

Normalbefund ergeben. Die von der Patientin berichteten Sensibilitätsstörungen hätten sich nicht objektivieren lassen können. Laborchemisch und liquoranalytisch habe sich ein Normalbefund gezeigt. Somit sei von einer funktionellen Ursache der Beschwerden auszugehen, auch wenn sich in der psychosomatischen Beurteilung für die aktuelle Störung kein Auslöser habe finden lassen.

3.2.3 Im Bericht vom 4. Dezember 2013 des Spitals G._____ (AB 60/16) wurden als (Haupt-)Diagnosen genannt: Verdacht auf epileptischen (DD erneuter dissoziativer) Anfall am 27. November 2013, hochgradiger Verdacht auf Konversionsstörung, symptomatische fokale, teils sekundär generalisierende Epilepsie. Die Patientin sei von der Rehaklinik F._____ übernommen worden, nachdem sie dort bei Verdacht auf persistierenden tonischen Status epilepticus intubiert worden sei (vgl. AB 60/11). Ob es sich beim Ereignis vom 27. November 2013 um einen „echten epileptischen“ oder um einen „psychogenen“ Anfall gehandelt habe, lasse sich nicht abschliessend klären. Es sei eine erneute Abklärung im Epilepsie-Zentrum empfohlen worden.

3.2.4 Im Bericht vom 21. Februar 2014 des Spitals D._____ (AB 60/6) wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei durch die REGA bei einem Verdacht auf Status epilepticus zugewiesen worden. Sie habe unter tonisch-klonischen Krämpfen mit Herdblick nach links gelitten. Das Schädel-CT habe keine pathologischen Befunde ergeben und im EEG seien keine epilepsietypischen Potentiale nachgewiesen worden. Es bestehe ein hochgradiger Verdacht auf eine dissoziative Genese des Anfalls.

3.2.5 Im psychotherapeutischen Untersuchungsbericht der Rehaklinik I._____ vom 6. März 2014 (AB 60/4) wurde eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert. Eine Weiterführung der Gespräche sei sinnvoll und erfolgsversprechend. Im Zentrum der Psychotherapie stehe der Umgang mit Emotionen, damit verbunden auch die Bewältigung aktueller Belastungen.

3.2.6 Am 26. März 2014 berichtete Prof. Dr. med. J._____, Facharzt für Neurologie FMH (AB 55/3), er bezweifle, dass es sich bei den Anfallser-

eignissen im November 2013 und Februar 2014 um organische epileptische Anfälle, geschweige denn um einen Status epilepticus, gehandelt habe. Vielmehr sei von dissoziativen Anfallsereignissen auszugehen. Sodann erscheine eine organische Erkrankung des zentralen oder peripheren Nervensystems, welche die Probleme beim Gehen und Stehen erklären könnte, nicht möglich. Diesbezüglich müsse durch intensive und regelmässige psychologisch-psychiatrische und physiotherapeutische Behandlung versucht werden, das Gangbild wieder gezielt so zu steuern, dass die Patientin nicht mit einem enormen Energie- und Kraftaufwand versuche, die Beine in Bewegung zu bringen.

Am 27. Mai 2014 (AB 55/1) nannte Prof. Dr. med. J._____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Rezidivierende dissoziative Störung mit aktuell schwerster Gangstörung bei Paraparese der Beine und Epilepsie, sehr wahrscheinlich überlagert durch funktionelle Anfälle im Rahmen der dissoziativen Störungen. Die Patientin sei aufgrund der schweren Gehbehinderung auf einen Rollstuhl angewiesen (AB 55/2).

3.2.7 Die RAD-Ärztin med. pract. K._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte in der Stellungnahme vom 3. September 2014 (AB 71/6) aus, es bestehe kein organisches Korrelat für die beklagten Beschwerden in Form eines funktionellen Hemisyndroms und rezidivierenden überwiegend psychogenen Epilepsien. Nach wie vor liege eine nicht organisch begründete Hemisyndromatik (funktionell/dissoziativ) vor, mittlerweile mit häufigeren dissoziativen/psychogenen Anfällen. Der behandelnde Psychologe versuche, der Versicherten aus ihrem Problemlösungsmodell (Flucht in die Gehunfähigkeit bei Konflikten) zu einem adäquaten Umgang mit Problemen zu verhelfen. Es sei zu keiner Verschlechterung eines IV-versicherten Gesundheitszustands gekommen. Unter Berücksichtigung des Zumutbarkeitsprofils (keine Schichtarbeit, keine Tätigkeit, in der eine Bewusstseinsstörung selbst- oder fremdgefährdend sein könnte) bestehe weiterhin eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung.

3.2.8 Im Austrittsbericht des Spitals D._____ vom 6. Januar 2015 (AB 91/1) wurden insbesondere die folgenden Diagnosen festgehalten: Chronifizierte dissoziative Störung, Epilepsie (am ehesten idiopathisch). Nachdem

es ab Juni 2013 zu einer progredienten Paraparese der Beine gekommen sei, bestehe nun eine zunehmende Funktionsbeeinträchtigung der Hände mit permanenter Flexionshaltung auch der Ellbogen. Eine stationäre Rehabilitation sei dringend empfohlen, um eine weitere Chronifizierung der Beschwerden zu vermeiden.

3.3 Aus Akten geht hervor, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Vergleich zu Anfang 2013 (AB 25) verändert hat. Zum einen ist eine Zunahme der Symptome zu verzeichnen, zum anderen wurden zusätzliche Gesundheitsschäden diagnostiziert:

Während die Beschwerdeführerin früher hauptsächlich über kognitive Einschränkungen und Sensibilitätsstörungen bzw. Schmerzen klagte (AB 14/3) und lediglich unklare Gangschwächen bestanden (AB 11/3), wurde im September 2013 (AB 55/6) und im Januar 2014 (AB 60/11) eine schwere Lähmungserscheinung der Beine bzw. im Mai 2014 (AB 55/1) eine schwerste Gangstörung bei Paraparese der Beine festgestellt. Infolge einer zunehmenden Immobilisierung aufgrund der schmerzhaften Schwäche beider Beine bzw. der rasch progredienten Paraparese der Beine benutzte die Beschwerdeführerin ab Mitte 2013 einen Rollstuhl (AB 55/6, 60/12, 63/4, 91/2). Die medizinische Indikation eines Rollstuhls resp. weiterer Hilfsmittel wurde sowohl vom Neurologen Prof. Dr. med. J. _____ (AB 55/2) als auch durch die C. _____ (AB 39) als gegeben erachtet; wenn die RAD-Ärztin deren Abgabe sinngemäss aus psychologischen Gründen als kontraproduktiv erachtet (AB 71/7), ist darauf nicht abzustellen. Im November 2013 und im Februar 2014 kam es sodann zu epilepsieartigen Anfällen (AB 60/6, 60/16), in den Jahren 2013/2014 zu diversen Spital- und teilweise längeren Rehabilitationsaufenthalten (AB 55/6, 60/29, 60/16, 60/11, 91/1). Anfang 2015 trat schliesslich eine zunehmende Funktionsbeeinträchtigung der Hände auf, die mit einer permanenten Flexion der Hände und Ellbogen einherging, was ein – zwischenzeitlich möglich gewesenes – Gehen am Rollator verhinderte (AB 92/2).

Was die Diagnosen anbelangt, stand im massgebenden Vergleichszeitpunkt ein sensomotorisches rechtsseitiges Hemisyndrom, am ehesten bzw. überwiegend funktioneller Genese, im Vordergrund (AB 14/6). Abgesehen vom Verdacht auf eine leichte Depressivität (AB 14/5 f.), die keine psycho-

therapeutische Behandlung erforderlich machte (vgl. AB 30/9 [E. 4.2]), stand früher keine psychiatrische Diagnose im Raum. Demgegenüber gehen nunmehr praktisch sämtliche involvierten Fachärzte von einer psychischen Störung (zur diagnostischen Einordnung vgl. E. 4.1 hiernach) aus; die Beschwerdeführerin unterzog sich nach dem Klinikaustritt im Dezember 2013 (AB 60/11) denn auch einer psychotherapeutischen Behandlung (AB 55/3, 60/4). Weiter wurden in neuropsychologischer Hinsicht teilweise signifikante Verschlechterungen festgestellt (AB 60/30): Während das kognitive Leistungsprofil früher unauffällig war (AB 14/6) resp. die beklagten Einschränkungen im kognitiven Bereich nicht objektivierbar waren (AB 14/5), liessen sich im Jahr 2013 sowohl auf Testebene leichte Funktionsstörungen objektivieren (AB 60/30) als auch im EEG gewisse Befunde erheben (AB 60/31). Schliesslich wurde in der Zwischenzeit eine (wohl idiopathische) Epilepsie diagnostiziert (AB 91/1).

Damit ist im Vergleich zum massgebenden Referenzzeitpunkt (AB 25, 30) eine möglicherweise anspruchrelevante Veränderung des Sachverhalts ausgewiesen. Nichts daran ändert die Einschätzung der RAD-Ärztin med. pract. K. _____, wonach es zu keiner Verschlechterung gekommen sei: Sie begründet dies mit dem Hinweis, dass die im Rahmen der dissoziativen Störung aufgetretenen funktionellen Einschränkungen „aufgrund der Rechtsprechung nicht berücksichtigt werden“ dürften (AB 71/8). Damit bezieht sie einen rechtlichen Aspekt in ihre Würdigung mit ein, was nicht in ihr Aufgabenfeld fällt und deshalb den Beweiswert ihrer Beurteilung schmälert (vgl. E. 2.4 hiervor). Die von ihr erwähnte Rechtsprechung ist denn auch nicht für die Frage relevant, ob ein Revisionsgrund vorliegt, sondern für die davon zu unterscheidende – anschliessende – Prüfung, ob ein Gesundheitsschaden nach Massgabe des IVG invalidisierend ist oder nicht. Auf die Einschätzung der RAD-Ärztin kann daher insoweit, als sie einen Revisionsgrund verneint, nicht abgestellt werden. Vielmehr ist ein solcher aufgrund des oben Dargelegten erstellt und der Leistungsanspruch folglich frei zu prüfen (E. 2.5 hiervor).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung fest, gemäss den getätigten Abklärungen sei im vorliegenden Fall von einer rezidivierenden dissoziativen Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4) auszugehen (AB 93/2).

In Bezug auf die diagnostische Einordnung des Beschwerdebildes zeigen die medizinischen Akten ein uneinheitliches Bild: Während die Ärzte des Spitals D._____, u.a. der Neurologe Prof. Dr. med. J._____, zunächst von einer rezidivierenden dissoziativen Störung ausgingen (AB 55/1, 55/6), was auch der RAD übernommen hat (AB 71/7), war im aktuellsten hier zu berücksichtigenden Bericht des Spitals D._____ nicht mehr die Rede von einer rezidivierenden, sondern von einer nunmehr chronifizierten dissoziativen Störung (AB 91/1). Demgegenüber nannten die Ärzte des Spitals G._____ und der Rehaklinik F._____ die (Verdachts-)Diagnose einer Konversionsstörung (AB 60/11, 60/17). In der Rehaklinik I._____ wurde schliesslich eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert (AB 60/4). Abgesehen vom Bericht der Rehaklinik I._____ wurden die Diagnosen jeweils nicht mit einer ICD-10-Kodierung versehen. Da jedoch *Konversionsstörungen* als Synonym für *dissoziative Störungen* verwendet (PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 1140) und diese rechtlich den *anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen* gleichgestellt werden (Entscheide des BGer vom 9. April 2014, 8C_810/2013, E. 5.2.2, und vom 24. August 2009, 9C_340/2009, E. 3.4.2), kann die genaue diagnostische Einordnung des hier vorliegenden Krankheitsbilds vorerst (vgl. aber E. 4.2.1 und 4.3 hiernach) offen bleiben. Am Grundsatz, wonach es aus Gründen der Rechtsgleichheit geboten ist, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage – u.a. auch die dissoziativen Störungen – den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 137 V 64 E. 4.2 f. S. 68 f.), hat die in E. 2.2.2 hiervoor erwähnte Praxisänderung nichts geändert. Auch die neue Rechtsprechung gilt bei allen psychosomatischen Störungen, die mit der somatoformen Schmerzstörung vergleichbar sind (BGE 141 V 281 C.b. S. 283 und E. 4.2 S. 298, E. 6 S. 308; vgl. auch Ziff. 3 des IV-Rundschreibens Nr. 334 vom 7. Juli 2015 des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] i.V.m. Rz. 1017.4 des Kreis-

schreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH; beide Verwaltungsweisungen abrufbar unter www.bsv.admin.ch]).

Da eine neue Rechtspraxis grundsätzlich nicht nur auf künftige, sondern auf alle im Zeitpunkt der Änderung noch hängigen Fälle anwendbar ist (Entscheid des BGer vom 7. Dezember 2009, 9C_476/2009, E. 3.3) und den Parteien im Nachgang an die mit BGE 141 V 281 geänderte Praxis Gelegenheit zur diesbezüglichen Stellungnahme gewährt, d.h. der Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]) gewahrt wurde (vgl. BGE 131 V 9 E. 5.4.1 S. 26), ist nachfolgend anhand der neuen Standardindikatoren im Rahmen einer „ergebnisoffenen“ (BGE 141 V 281 E. 4.1.2 S. 297) Beurteilung zu prüfen, ob von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen ist.

4.2

4.2.1 In der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ ist im Rahmen des Komplexes „Gesundheitsschädigung“ zunächst die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome näher zu betrachten, wobei der diagnose-inhärente Mindestschweregrad den Ausgangspunkt bildet (BGE 141 V 281 E. 4.3, 4.3.1, 4.3.1.1 S. 298). Während Merkmal der somatoformen Schmerzstörung ist, dass sie in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auftritt, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 299; vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 233), besteht bei dissoziativen Störungen ein Konnex zu traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 212). Aus den Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Lebensgeschichte verschiedene schwierige Erfahrungen machte (AB 60/4) und die familiären Verhältnisse nicht unbelastet sind (AB 60/5) bzw. eine sozial schwierige Situation vorliegt (AB 91/2). Indessen konnten die Fachärzte keinen psychosomatischen Auslöser für die Störung finden (AB 55/7). Aufgrund der uneinheitlichen diagnostischen Klassifikation (E. 4.1 hiavor) können diagnoserelevante Befunde und Symptome sowie deren Ausmass

keiner abschliessenden Prüfung unterzogen werden. Zu Recht und unbestrittenermassen werden die Angaben der Beschwerdeführerin von keiner Seite angezweifelt. Ausschlussgründe, insbesondere eine Aggravation (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287, 4.3.1.1 S. 298), liegen somit nicht vor.

Unter dem Aspekt des Behandlungserfolgs bzw. der Behandlungsresistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299) ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin mehrmals stationär hospitalisiert war (AB 55/6, 60/29, 60/16, 60/11, 91/1), was jeweils eine vorübergehende, aber keine definitive Besserung brachte. Sie unterzog sich zudem diversen ambulanten Therapien (u.a. Psychotherapie [AB 60/4], Physiotherapie [AB 89/7], Akupunktur [AB 55/3]), wobei sie diese teilweise abgebrochen hat (AB 91/4), wozu jedoch nähere Angaben fehlen. Unklar ist ferner, ob diese Behandlungen indiziert waren und lege artis durchgeführt wurden oder ob sie ungeeignet waren. So ist beispielsweise nicht restlos nachvollziehbar, warum der behandelnde Neurologe Prof. Dr. med. J. _____ eine antiepileptische Therapie im Sinne einer anfallsunterdrückenden Medikation empfahl (AB 55/4), obwohl er eine hirnorganische Epilepsie ausschliesst resp. von dissoziativen (psychogenen) Anfällen ausgeht. Sodann erscheint fraglich, ob die hinsichtlich der Gangstörung empfohlene intensive psychologisch-psychiatrische Behandlung (AB 55/4, 91/4) erfolgsversprechend ist, sind dissoziative Zustände, die bereits länger als 1 bis 2 Jahre bestehen, bevor sie in psychiatrische Behandlung gelangen, doch häufig therapieresistent (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 213). Ob unter diesen Umständen von einem definitiven Scheitern einer indizierten Therapie bzw. von einer negativen Prognose auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299), kann nicht beurteilt werden. Fest steht indessen, dass die Kooperation der Beschwerdeführerin nie in Frage gestellt wurde. Vielmehr wurde ihr stets attestiert, motiviert (AB 60/5, 60/30) und willens zu sein (AB 60/5).

Mangels Abklärungen betreffend die Eingliederung im Rechtssinne (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 300) können auch diesbezüglich keine Rückschlüsse auf den Schweregrad der Gesundheitsschädigung gezogen werden. Damit kann nicht beantwortet werden, ob die Beschwerdeführerin ihrer – nicht nur hinsichtlich der medizinischen Behandlung, sondern auch in be-

rufflicher Hinsicht bestehenden – Pflicht zur Selbsteingliederung nachgekommen ist.

Eine im Lichte des Indikators „Komorbiditäten“ vorzunehmende Gesamtbeurteilung der Wechselwirkungen der Gesundheitsschäden (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300) wurde bis anhin mit Blick auf eine allfällige Invalidisierung nicht vorgenommen. Dies ist gestützt auf die vorhandenen Akten denn auch nicht möglich, zumal es auch nicht Aufgabe der rechtsanwendenden Behörden ist, bei der Prüfung des Leistungsvermögens aufgrund der einschlägigen Indikatoren der Einschätzung der medizinischen Sachverständigen vorzugreifen (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.1 f. S. 306).

Zu den persönlichen und sich aus dem sozialen Kontext ergebenden Ressourcen der Beschwerdeführerin wie auch zur Frage, inwieweit diese zumutbarerweise ausgeschöpft werden können, enthalten die Akten keine hinlänglichen Angaben. Überhaupt sind zur Sozialanamnese nur punktuelle und insbesondere keine aktuellen Erhebungen vorhanden (z.B. AB 91/4). Eine fachärztliche, im Rahmen des Komplexes „Persönlichkeit“ zu berücksichtigende Persönlichkeitsdiagnostik (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) wurde bis anhin nicht erhoben. Dies obwohl die Fachärzte auf die Indikation einer psychiatrischen Einschätzung explizit hingewiesen haben (AB 91/2). Aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin anlässlich von Arztterminen fröhlich wirkt (AB 60/5) bzw. eher heiter (AB 55/7) und aufgestellt (AB 55/4) wahrgenommen wird, lässt sich weder ableiten, sie verfüge über Kompensationsmechanismen, die eine (höhere) erwerbliche Leistungsfähigkeit ermöglichen, noch, ihr Leidensdruck sei nur gering. Vielmehr findet sich die von den Ärzten angenommene „belle indifférence“ (AB 91/2), d.h. ein Mangel an Betroffenheit bzw. das ruhige Annehmen einer ernsthaften Behinderung, in den klinisch-diagnostischen Leitlinien dissoziativer Störungen (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 219). Ob die Beschwerdeführerin unter dem Aspekt des „sozialen Kontextes“ aus der Unterstützung, die ihr vom Ehemann (AB 91/4) und durch die Haushaltshilfe bzw. L. _____ (AB 91/2) zuteil wird, verwertbare Ressourcen mobilisieren kann (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303), erscheint damit zumindest fraglich, lässt sich aber nicht abschliessend beurteilen.

4.2.2 Im Rahmen der Konsistenzprüfung ist nicht erstellt, dass die geltend gemachten Einschränkungen in der beruflichen Tätigkeit stärker ausgeprägt sind, als jene in anderen Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303). Insbesondere ist der Beschwerdeführerin nicht entgegen zu halten, sie sei im Jahr 2013 fähig gewesen, Ferien im Zelt zu verbringen (vgl. Stellungnahme der Beschwerdegegnerin vom 14. Juli 2015). Denn anlässlich jener Zeltferien traten Schmerzen und Lähmungserscheinungen bzw. Sensibilitätsstörungen auf, die in eine notfallmässige Hospitalisation mündeten (AB 55/8 f.). Sodann erhellt aus den Akten, dass es der Beschwerdeführerin ein Anliegen ist, ihren Kindern ein – soweit möglich – intaktes Familienleben zu bieten (vgl. AB 55/8 betreffend Ferien; AB 91/2 betreffend Hospitalisation über die Weihnachtstage); daraus Rückschlüsse zu ziehen hinsichtlich der Leistungsfähigkeit in einer beruflichen Tätigkeit erscheint unter den gegebenen Umständen nicht angebracht. Zum Freizeitverhalten (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303) wurden keine näheren Abklärungen getätigt. Folglich kann nicht geprüft werden, ob das Aktivitätsniveau in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig eingeschränkt ist. Auch ein Vergleich der sozialen Aktivität vor und nach Eintritt der Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303) ist gestützt auf die vorliegenden Unterlagen nicht möglich. Entsprechende Erhebungen zum relevanten sozialanamnestischen Sachverhalt sind fachärztlich nachzuholen. Aktenmässig erstellt ist, dass die Beschwerdeführerin diverse therapeutische Optionen in Anspruch nahm (vgl. E. 4.2.1 hiervor) und noch nimmt. Das Ausmass der entsprechenden Behandlungen weist auf einen tatsächlichen Leidensdruck hin. Dabei bestehen keine Anhaltspunkte für eine Verhaltensbeeinflussung durch das laufende Versicherungsverfahren (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Was den weiteren Rehabilitationsaufenthalt vom 9. bis zum 29. Juni 2015 anbelangt (vgl. Eingabe vom 14. Juli 2015), erübrigen sich seitens des Gerichts nähere Abklärungen, erstreckt sich der zeitliche Überprüfungszeitraum doch grundsätzlich nur bis zur angefochtenen Verfügung vom 20. Januar 2015 (BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140).

Betreffend die Kategorie „Konsistenz“ ist nach dem Dargelegten somit festzuhalten, dass nach dem aktuellen Aktenstand ein invalidisierender Gesundheitsschaden gestützt auf die massgeblichen Indikatoren jedenfalls nicht ausgeschlossen werden kann. Von einem inkonsistenten Verhalten ist

vorläufig nicht auszugehen, wobei weitere sachdienliche Erhebungen mit konkretem Bezug auf diese Indikatoren unerlässlich sind.

4.3 Bis anhin wurde die Beschwerdeführerin nicht gutachterlich abgeklärt. Jedoch wäre eine polydisziplinäre Begutachtung im Sinne von Art. 72^{bis} Abs. 1 IVV schon allein wegen des multifaktoriellen Beschwerdebildes angezeigt gewesen (vgl. Entscheid des BGer vom 30. Juli 2013, 8C_199/2013, E. 5.3). Dies gilt umso mehr, als die Voraussetzungen für eine reine Aktenbeurteilung durch den RAD (AB 71) mit den uneinheitlichen und insofern nicht unbestrittenen ärztlichen Einschätzungen hier nicht gegeben waren (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4). Abgesehen davon, dass auch RAD-Ärzte über die im Einzelfall gefragten fachlichen Qualifikationen verfügen müssen (Entscheid des BGer vom 14. Juli 2009, 9C_323/2009, E. 4.3.1), med. pract. K. _____ jedoch weder Psychiaterin noch Neurologin ist, vermag ihre Einschätzung – nicht nur hinsichtlich der Frage nach einem Revisionsgrund (vgl. E. 3.3 hiervor) – nicht zu überzeugen. Eine von ihr angenommene, unter der alten Rechtsprechung relevant gewesene (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67) Flucht in die Krankheit (AB 71/7) geht aus den Akten nicht hervor. Insbesondere aus dem von der RAD-Ärztin erwähnten Bericht des behandelnden Psychologen (AB 60/4) lässt sich nicht ableiten, die Gehprobleme gründeten auf psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. auch AB 55/7). An der RAD-Beurteilung sind somit mehr als geringe Zweifel angebracht (vgl. BGE 135 V 465), weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Auch die übrigen ärztlichen Einschätzungen erlauben keine zuverlässige und schlüssige Beurteilung der Frage nach einem invalidisierenden Gesundheitsschaden im Lichte der massgeblichen Indikatoren.

4.4 Nach dem Ausgeführten basiert die angefochtene Verfügung vom 20. Januar 2015 (AB 93) auf einem ungenügend abgeklärten Sachverhalt. Sie ist in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Akten sind an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) weitere Abklärungen durchführe, namentlich eine polydisziplinäre Begutachtung mit mindestens den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie (vgl. AB 91/2) veranlasse. Nachdem der im Nachgang zur Praxisänderung

gemäss BGE 141 V 281 verhängte Gutachterstopp bereits wieder aufgehoben wurde bzw. der neue Fragekatalog vorliegt (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 339 vom 9. September 2015 [abrufbar unter www.bsv.admin.ch]), kann der Gutachtensauftrag umgehend erfolgen. Nach Vorliegen der Expertise hat die Beschwerdegegnerin über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu zu befinden.

5.

5.1 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Mit Kostennote vom 21. Juli 2015 macht Rechtsanwalt B._____ ein Honorar von Fr. 2'500.-- (10 Std. à Fr. 250.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 42.10 und Mehrwertsteuer von Fr. 203.35 (8% auf Fr. 2'542.10), total Fr. 2'745.45, geltend, was zu keinen Beanstandungen Anlass gibt. Die der Beschwerdeführerin von der Beschwerdegegnerin zu bezahlende Parteientschädigung ist damit auf Fr. 2'745.45 (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 20. Januar 2015 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'745.45 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt 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.