

200 15 219 IV
GRD/GET/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 19. Mai 2016

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. Januar 2015



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Februar 2007 unter Hinweis auf Rücken- und Kniebeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 14). Die IVB gewährte der Versicherten eine Umschulung (act. II 32), in deren Rahmen sie das Handelsdiplom BFB erwarb (act. II 40 S. 2 f.). Im September 2007 trat sie eine 100%-Anstellung beim C._____ bzw. im März 2008 eine 100%-Anstellung beim D._____ an (act. II 39 S. 2 ff.; 45 S. 2; Akten der IVB, [IIA], 117. S. 2), woraufhin die IVB einen Rentenanspruch mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 17. Juni 2008 verneinte (act. II 47).

Im Mai 2009 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf ein seit November 2008 bestehendes Burnout erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 48). Die IVB tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen; insbesondere holte sie bei den Dres. med. E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und F._____, Fachärztin für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin FMH, ein interdisziplinäres Gutachten ein (Expertise vom 17. November 2010 [act. II 79.1 f.; 80.1 f.]). Mit Verfügung vom 25. März 2011 (act. II 88) sprach sie der Versicherten rückwirkend ab November 2009 bei einem Invaliditätsgrad von 50% eine halbe Invalidenrente zu.

B.

Im Mai 2012 leitete die IVB eine Revision von Amtes wegen ein (act. II 93), wobei die Versicherte angab, ihr Gesundheitszustand habe sich wegen andauernder Rückenschmerzen verschlechtert (S. 2). Nachdem die IVB erwerbliche und medizinische Berichte eingeholt hatte, aus welchen hervorging, dass der Versicherten ab Mai 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. IIA 113 S. 2) und ihr bisheriges Arbeitsverhältnis beim

D. _____ per Ende November 2012 (act. IIA 105) gekündigt wurde, veranlasste sie bei der MEDAS eine polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 16. Dezember 2013 [act. IIA 140.1 ff.]). Gestützt darauf forderte die IVB die Versicherte im Rahmen der Schadenminderungspflicht u.a. zu einer stationären psychiatrischen Behandlung auf (act. IIA 141), welche vom 13. Februar bis 17. April 2014 in der Klinik G. _____ erfolgte (act. IIA 154 S. 8 ff.). Nachdem die IVB weitere medizinische Unterlagen (u.a. Untersuchungsergebnisse hinsichtlich einer möglichen Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung [ADHS; vgl. act. IIA 160 S. 7 ff.]) eingeholt hatte, veranlasste sie bei der MEDAS auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 163 S. 8) eine psychiatrische Nachbegutachtung (Expertise vom 15. November 2014 [act. IIA 169.1]). Mit Vorbescheid vom 12. Dezember 2014 (act. IIA 172) teilte die IVB der Versicherten mit, es bestehe – bei einem Invaliditätsgrad von 50% – weiterhin Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Dagegen liess die Versicherte Einwand erheben (act. IIA 177), woraufhin die IVB eine Stellungnahme bei Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, RAD, einholte (act. IIA 180). Am 29. Januar 2015 (act. IIA 181) verfügte die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 2. März 2015 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Rechtsbegehren:

Die Verfügung vom 29. Januar 2015 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine ganze Rente der IV zuzusprechen.

Eventualiter sei ein Obergutachten anzuordnen und gestützt darauf über die gesetzlichen Ansprüche neu zu verfügen.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

In der Begründung macht die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, es falle auf, dass sich das Verlaufsgutachten vom 15. November 2014 der MEDAS (act. IIA 169.1) mit den anderslautenden psychiatrischen Beurteilungen wie der Klinik G. _____ und den Berichten der behan-

delnden Psychiater/Therapeutin gar nicht auseinandersetze. Es halte schlicht nur fest, dass die vorgängig erhobenen Befunde nicht mehr in der dargestellten Form bestünden. Dies sei aktenkundig nicht der Fall. Im Gegenteil bestehe die depressive Störung immer noch und dauere an wie dem Bericht der Praxis I. _____ vom 12. Februar 2015 (act. IIA 182 S. 22 f.; Akten der Beschwerdeführerin, [act. I], 4) entnommen werden könne. Damit blende das Verlaufsgutachten einen wesentlichen Bestandteil völlig aus. Das Gutachten fokussiere sich nur auf die Diagnose der ADHS. Eine kritische Auseinandersetzung mit der depressiven Störung finde nicht statt. Die Befunde würden allesamt in die Diagnose ADHS hineininterpretiert. Bezeichnend sei, dass die vorgängig von der Praxis I. _____ durchgeführte Untersuchung in Bezug auf die ADHS eben gerade ergeben habe, dass die Diagnose nicht gegeben sei, weil nicht alle Kriterien nach der Leitlinie erfüllt seien. Das Gutachten der MEDAS vom 15. November 2014 sei demnach weder umfassend noch schlüssig, weshalb für die Beurteilung nicht darauf abgestellt werden könne. Vielmehr müsse auf die während des stationären Aufenthaltes festgestellten Diagnosen und Einschränkungen abgestellt werden. Die Psychiater der Klinik G. _____ hätten die Beschwerdeführerin stationär und damit während langer Zeit genau analysieren können, weshalb ihrer Diagnose und ihren Einschätzungen besonderes Gewicht zukomme. Den Verlaufsberichten der behandelnden Psychiater und Therapeutin könne sodann entnommen werden, dass sich der Gesundheitszustand im Verlauf nicht gebessert habe. Es liege somit immer noch eine vollumfängliche Erwerbsunfähigkeit vor. Sofern das Gericht der Auffassung sei, dass die Beurteilungen des stationären Aufenthaltes in der Klinik G. _____ und die Berichte des behandelnden Psychiaters/der behandelnden Therapeutin nicht genügten um die Invalidenleistungen festzusetzen, werde eine Oberbegutachtung beantragt (S. 7 f., Art. 4). Die ganze Invalidenrente sei ab dem 24. Mai 2012 zuzusprechen. Auch wenn das Gericht wider Erwarten für die Beurteilung des Falles auf das Verlaufsgutachten der MEDAS vom 15. November 2014 abstellen und eine Oberbegutachtung nicht für notwendig erachten sollte, so bestehe ab dem 24. Mai 2012 bis zur Erstellung des Verlaufsgutachtens vom 15. November 2014 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (S. 9, Art. 6).

Mit Beschwerdeantwort vom 14. April 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Schreiben vom 28. Mai 2015 liess die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 20. Mai 2015 (act. I 5) zu den Akten reichen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 1. Juni 2015 stellte der Instruktionsrichter ein Doppel der Eingabe der Beschwerdeführerin vom 28. Mai 2015 samt Beilage der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zu.

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 29. Januar 2015 (act. IIA 181). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine 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

2.1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.1.2 Invalidenversicherungsrechtlich kommt es nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Massgebend ist in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. März 2016, 9C_634/2015, E. 6.1; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

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).

2.3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

2.3.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

2.3.4 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369, SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

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 ha-

ben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Mit unangefochten gebliebener und auf umfassender Prüfung der anspruchserheblichen Tatsachen beruhender Verfügung vom 25. März 2011 (act. II 88) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ab November 2009 eine halbe Invalidenrente zu, welche mit Revisionsverfügung vom 29. Januar 2015 (act. IIA 181) bestätigt wurde. Massgebende Vergleichszeitpunkte im vorliegenden Revisionsverfahren bilden demnach die Verfügungen vom 25. März 2011 und vom 29. Januar 2015 (vgl. E. 2.3.4 vorne).

Die Verfügung vom 25. März 2011 basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem interdisziplinären rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten der Dres. med. F. _____ und E. _____ vom 17. November 2010 (act. II 79.2; 88 S. 6). Darin wurden eine mittelgradige depressive Episode bei bekannter rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.11), eine polytope Bandscheibenschädigung cervical und lumbal, ein nachgewiesenes Impingement der linken Hüfte sowie chronifizierte Knie-schmerzen nach mehreren Eingriffen ohne eindeutiges somatisches Korrelat diagnostiziert und eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit attestiert, wobei insbesondere die psychischen Beschwerden für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verantwortlich zeichneten (act. II 79.2 S. 4 f.).

Seit Zusprechung der halben Rente im März 2011 hat sich der Gesundheitszustand insbesondere von Seiten der Rückenbeschwerden (mit zwei Wirbelsäulenoperationen) verschlechtert und der Beschwerdeführerin wurde ab Mai 2012 dauerhaft eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. IIA 113 S. 2; 140.1 S. 46), womit insofern ein Revisionsgrund vorliegt, was

denn auch unter den Parteien unbestritten ist (vgl. Beschwerde, S. 6, Art. 3). Ferner liegt im Umstand, wonach der Beschwerdeführerin die bisherige Arbeitsstelle beim D. _____ am 22. August 2012 per Ende November 2012 gekündigt wurde (act. IIA 105), ein weiterer Revisionsgrund.

Demnach ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums zu prüfen (vgl. E. 2.3.3 vorne).

3.2 Für den Zeitraum zwischen Erlass der Verfügung vom 25. März 2011 und der hier angefochtenen Verfügung vom 29. Januar 2015 (vgl. E. 3.1 vorne) präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.2.1 Am ... nahm Dr. med. J. _____ bei der Beschwerdeführerin eine Discektomie L5/S1 vor (act. II 96 S. 22).

Am 3. April 2012 berichtete er, die Beschwerdeführerin zeige einen hervorragenden Verlauf und sie habe ihre Arbeit wiederum im angestammten Pensum von 50% aufgenommen (act. II 96 S. 4 f.).

3.2.2 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. K. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt mit Bericht vom 16. Mai 2012 (act. II 96 S. 1 f.) fest, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Die Beschwerdeführerin leide dauernd an Rücken- und Schulterschmerzen, sei erschöpft, müde und kraftlos. Es bestehe eine starke Somatisierungstendenz; d.h. die Operationen lösten das vermeintlich somatische Problem nicht. Seines Erachtens sei die Beschwerdeführerin schwer depressiv (S. 2).

3.2.3 Dr. med. L. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete am 4. Juni 2012 (act. II 100), die Beschwerdeführerin habe am Arbeitsplatz einen psychischen Zusammenbruch erlitten, weshalb der Hausarzt ab dem 23. Mai 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert habe (S. 3; vgl. auch act. IIA 113 S. 2). Es sei angesichts der desolaten körperlichen Situation zweifelhaft, ob die Beschwerdeführerin ihr gegenwärtiges Leistungsniveau von 50% halten können (S. 4).

3.2.4 Mit Bericht vom 25. September 2012 (act. IIA 107 S. 4 ff.) hielt Dr. med. N._____, Facharzt für Neurologie FMH, fest, die Beschwerdeführerin werde durch ein deutliches Cervikalsyndrom „geplagt“. Als Ursache kämen die kernspintomographisch nachgewiesenen degenerativen Veränderungen in den Segmenten C4/C5 und C6/C7 in Betracht. Die Missempfindungen am linken Arm seien als pseudo-radikuläre Phänomene zu interpretieren. Anhaltspunkte für typische radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptome fehlten. Die Beschwerdeführerin leide auch unter heftigen Schmerzen im Gebiete der Brustwirbelsäule (BWS). Mindestens ein Teil dieser Missempfindungen seien mit den bekannten Discushernien in den Segmenten Th6/Th7 und Th8/Th9 zu erklären. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen zahlreichen intensiven, die Lebensqualität deutlich beeinflussenden Beschwerden und eher geringen objektivierbaren Pathologien. Psychogene Komponenten könnten in der Entstehung und in der Unterhaltung der Missempfindungen von Bedeutung sein (S. 4).

3.2.5 Dr. med. J._____ hielt mit Bericht vom 4. Februar 2013 (act. IIA 119 S. 2 f.) fest, die körperlichen Einschränkungen beständen einerseits von Seiten der Halswirbelsäule (HWS), andererseits der BWS und der Lendenwirbelsäule (LWS). Die LWS bereite aktuell am wenigsten Beschwerden. Von Seiten der HWS stehe die Beschwerdeführerin nach einer Operation am ... für die Monate Februar bis April 2013 in Rekonvaleszenz. Grundsätzlich sei sie nach Erreichen einer entsprechenden Rehabilitation für leichte körperliche Tätigkeiten in Wechselpositionen 50% arbeitsfähig. Die Prognose sei aufgrund der Drei-Etagen-Erkrankung negativ.

3.2.6 Im interdisziplinären Gutachten der MEDAS vom 16. Dezember 2013 (act. IIA 140.1) wurden als Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (angestammte Tätigkeit) im Wesentlichen ein zerviko-vertebrales Schmerzsyndrom stellungsabhängig auftretend, thorakovertebrale Schmerzen, stellungsabhängig verstärkt auftretend, lumbovertebrale Schmerzen mit Steissbeinschmerzen im Vordergrund sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis leichtgradige Episode (ICD-10 F33.1), festgehalten (S. 45).

Aus orthopädischer Sicht sei zusammenfassend festzustellen, dass die angegebenen Schmerzen und von der Wirbelsäule ausgehenden Funkti-

onseinschränkungen nachvollzogen werden könnten. Bildmorphologisch handle es sich gesamtwertend um ein chronisches Degenerationsmuster ohne Kompression neuraler Strukturen (S. 41). Internistischerseits seien keine Befunde zu erheben und keine Diagnosen zu stellen, die eine Arbeitsunfähigkeit begründeten (S. 42), ebenso wenig aus neurologischer Sicht (S. 44). In psychischer Hinsicht neige die Beschwerdeführerin auf Basis ihrer soziobiografisch gut erklärbaren Persönlichkeitsstruktur in Überlastungssituationen zu depressiven Dekompensationen, vorwiegend mittelgradigen Ausmasses. Festzuhalten sei, dass es nach der Beendigung der Behandlungsmassnahme durch die Beschwerdeführerin zumindest zu keiner weiteren Verschlechterung ihres psychischen Zustandes gekommen sei (S. 42). Im Gegenteil sei das psychopathologische Zustandsbild sogar besser zu bewerten, als das bei der Vorbegutachtung im Jahre 2011 beschriebene (S. 43).

In psychiatrischer Hinsicht sei aufgrund der festgestellten Diagnosen und psychischen Funktionsbeeinträchtigungen eine stufenweise Integration in den Arbeitsprozess unter intensiver therapeutischer Begleitung und Motivation möglich und sinnvoll. Hierbei sei initial eine stationäre psychiatrische Behandlung erforderlich. Insbesondere wäre auch eine Wiederaufnahme der antidepressiven Medikation mit besser verträglichen Antidepressiva möglich. Im Anschluss an eine ausreichend lange stationäre Massnahme könne dann mit einer ambulanten Therapie wieder begonnen werden. Eine gleichzeitige berufliche Integrationsmassnahme sollte mit einer 50%igen Leistungsanforderung und mit einem zunächst 4-5stündigen Zeitpensum täglich beginnen. Nach ungefähr 8 Monaten dürfte realistischere Weise eine weitere Steigerung der Anforderung auf eine 70%ige Leistungsanforderung bei einem Zeitpensum von täglich 6 Stunden möglich sein. Nach 3-5 Monaten mit diesem Anforderungsprofil könnte bei einem entsprechenden therapeutischen Erfolg eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erreichbar sein. Somit wäre mit einer 12- bis 13monatigen Anlaufphase unter psychotherapeutischer Begleitung und Behandlung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erreichbar. Aus somatischer Sicht, die Fachdisziplinen der Inneren Medizin, Neurologie, Neurochirurgie und Orthopädie zusammenfassend, ergebe sich eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit mit einem Leistungsvermögen von 60% bei einem Zeitpensum von 8,5 Stunden pro Tag.

Die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit liege ebenfalls bei 60% Leistung und einem Zeitpensum von 8,5 Stunden pro Tag. Gesamtwertend sei in der angestammten Tätigkeit, wie auch in entsprechenden Verweistätigkeiten, ab dem 14. Monat von einer Leistung von 60% bei einem Zeitpensum von 8,5 Stunden pro Tag auszugehen (S. 44).

3.2.7 Vom ... bis ... unterzog sich die Beschwerdeführerin in der Klinik G._____ einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Im entsprechenden Bericht vom 14. Mai 2014 (act. IIA 154 S. 8 ff.) wurden in psychiatrischer Hinsicht eine rezidivierend depressive Störung, aktuell mittelgradig bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), sowie ein Verdacht auf ADHS im Erwachsenenalter diagnostiziert (S. 8). Die Beschwerdeführerin habe am ... in leicht gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können; eine Arbeitsfähigkeit respektive die Möglichkeit einer Rückkehr ins Erwerbsleben sei aus heutiger Sicht bis auf weiteres nicht gegeben (S. 11).

3.2.8 Am 10. Juni 2014 erfolgte eine Untersuchung zwecks Abklärung einer fraglichen ADHS. Im entsprechenden Bericht der Praxis I._____ vom 26. Juni 2014 (act. IIA 160 S. 7 ff.) wurde eine rezidivierende Depression, aktuell mittelschwere Episode (ICD-10 F33.1), eine Persönlichkeitsakzentuierung (selbstunsicher, perfektionistisch, abhängig), eine komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach lang anhaltender ehelicher Gewalt sowie eine ADHS-Symptomatik, wahrscheinlich im Rahmen der anderen psychischen und somatischen Erkrankungen, diagnostiziert (S. 14). Zur aktuellen ADHS-typischen Symptomatik sei die Befundlage unscharf. Die Beschwerdeschilderung mit Antriebs- und Motivationsdefiziten, Interessenverlust, Rückzug, Stressintoleranz, Verlangsamung, Schlafstörungen und diversen körperlichen Beschwerden, v. a. Schmerzen, könnten im Rahmen der depressiven Störungen und der Erschöpfung interpretiert werden. Einige zusätzliche Symptome deuteten (bei während 5 Jahren erlittener ehelicher Gewalt) zudem auf eine relevante posttraumatische Symptomatik hin. Mit dieser Diagnose wäre auch die agitiert-ruheloze Symptomatik zu erklären. Klinisch hätten sich während dieser Untersuchung ein depressives Zustandsbild, zeitweise mit Affektdurchlässigkeit,

sowie ein zurückhaltendes und resonanzarmes Kontaktverhalten gezeigt (S. 13).

3.2.9 Mit Bericht vom 21. Juli 2014 (act. II 160 S. 1 ff.) hielt Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Praxis I._____), unter Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierend depressive Störung, aktuell mittelgradig bis schwer mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), sowie eine ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10 F90.0) fest (S. 1). Momentan sei der Beschwerdeführerin keinerlei berufliche Tätigkeit zuzumuten (S. 3).

3.2.10 Im psychiatrischen Verlaufsgutachten der MEDAS vom 15. November 2014 (act. IIA 169.1) wurde als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit eine ADHS des Erwachsenenalters (ICD-10 F90.1) diagnostiziert. Unter Diagnose ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit wurde eine Persönlichkeitsakzentuierung mit anankastischen, histrionischen sowie affektlabilen Zügen (ICD-10 Z73.1) festgehalten (S. 15).

Wenn man die erhobenen Befunde im Rahmen der psychiatrischen Vorbeurteilung, der Klinik G._____, der Praxis I._____ sowie von Dr. med. M._____ mit jenen der aktuellen Untersuchung vergleiche, lasse sich auch aktuell keine bedeutsame und anhaltende Verschlechterung feststellen (S. 13). Die von der Beschwerdeführerin auch gegenwärtig geschilderte Symptomatik, die mit vorwiegender Müdigkeit – speziell bei der körperlichen Arbeit –, Konzentrationsschwierigkeiten, teilweise auch aggressivem Verhalten und fehlender Tagesstrukturierung einhergehe, sei zunächst weitgehend unspezifisch und lasse sich weder einer relevanten affektiven Störung noch gemäss der neuropsychologischen Darstellung einer ADHS eindeutig zuordnen. Die Annahme, dass eher eine ADHS als eine primäre affektive Störung vorliege, würde erklären, warum die antidepressive Therapie bislang nicht erfolgreich gewesen sei. Unter der Behandlung mit Ritalin sei es allerdings zumindest passager zu einer Verbesserung der geklagten Symptomatik gekommen. Das im Alltag zeitweilig auffällige Verhalten der Beschwerdeführerin, bei dem offensichtlich auch eine leichte Impulskontrollstörung bestehe, könnte im Rahmen der ADHS auftreten. Dies gelte auch für die depressiven Symptome. Die An-

nahme einer PTBS sei bei Fehlen einer typischen Symptomatik gegenwärtig, trotz einem früher erlittenen Trauma, nicht anzunehmen. Die Beschwerdeführerin habe anlässlich der aktuellen Begutachtung die früheren traumatischen Erlebnisweisen auch nicht mehr thematisiert.

Zusammenfassend sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin eine ADHS des Erwachsenenalters im Vordergrund stehe. Zusätzlich sei aber eine Persönlichkeitsakzentuierung mit zeitweise im Verlauf bestehenden affektiven Symptomen im Rahmen der ADHS anzunehmen. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiterin sowie in Verweistätigkeiten betrage 50% (S. 14). Ideal sei eine Tätigkeit als Sachbearbeiterin (S. 15).

3.2.11 Mit zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin verfasstem Bericht vom 12. Februar 2015 (act. IIA 182 S. 20 f.) der Praxis I. _____, unterzeichnet u.a. von Dr. med. M. _____, wurde festgehalten, im Vordergrund des Störungsbildes habe über die ganze Zeit eine mindestens mittelschwer ausgeprägte Depressivität mit hohem Leidensdruck gestanden. Es sei nicht nachvollziehbar, dass in der psychiatrischen Begutachtung die ausgeprägte affektive Störung nicht zum Tragen komme, sondern sozusagen in eine ADHS plus Persönlichkeitsstörung umgewandelt werde. Er – Dr. med. M. _____ – habe die Abklärung auf ADHS selbst durchgeführt und könne bestätigen, dass durchaus eine ADHS-typische Symptomatik für das Erwachsenenalter gegeben sei. ADHS-typische Symptomatik sei bei den verschiedensten psychischen Störungen des Erwachsenenalters anzutreffen, ohne dass es sich dabei um (S. 20) eine ADHS im Sinne einer Entwicklungsstörung handle. Jedoch müsse für die Diagnose ADHS als Entwicklungsstörung die einschränkende Symptomatik ab dem Kindesalter belegt werden können, was bei der Beschwerdeführerin nicht zutrefte. Daher habe er diese Diagnose nicht gestellt. Weiterhin würden die Einschränkungen durch Schmerzen im Alltag nahezu negiert, womit die Überwindbarkeit der psychischen Problematik deutlich überschätzt werde (S. 21).

3.2.12 Mit zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin verfasstem Bericht vom 20. Mai 2015 (act. I 5) hielt Dr. med. J. _____ fest, die Arbeitsfähigkeit betrage höchstens 25%.

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittel würdigung 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).

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).

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

3.4 Sowohl das polydisziplinäre Gutachten vom 16. Dezember 2013 (act. IIA 140.1) wie auch das monodisziplinäre (psychiatrische) Verlaufsgutachten vom 15. November 2014 (act. IIA 169.1) der MEDAS erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.3 hiervor) und erbringen vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Sie sind nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen überzeugend begründet.

Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, dringt nicht durch:

3.4.1 Die von Dr. med. J. _____ im Bericht vom 20. Mai 2015 (act. I 5) in somatischer Hinsicht attestierte, lediglich 25%ige Arbeitsfähigkeit

vermag die überzeugende und auf vier somatischen Teilgutachten basierende Leistungsfähigkeitsbeurteilung im MEDAS-Gutachten (vgl. act. IIA 140.1 S. 44) nicht zu entkräften: Der behandelnde Arzt führt keine (fach)medizinischen Aspekte ins Feld, welche seine abweichende Einschätzung auch nur ansatzweise stützen. Ferner sind seinem Bericht keine Hinweise zu entnehmen, welche auf eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes seit der MEDAS-Begutachtung im Sommer 2013 schliessen liessen.

3.4.2 Soweit die Beschwerdeführerin sodann geltend macht, die psychischen Beschwerden seien im Verlaufsgutachten unzulässigerweise einer ADHS zugeordnet worden, wohingegen eine Auseinandersetzung mit der depressiven Störung nicht stattgefunden habe, übersieht sie in grundsätzlicher Hinsicht, dass invalidenversicherungsrechtlich zuvorderst der nach den Regeln der ärztlichen Kunst erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik massgebend sind, wohingegen der Diagnose nachrangige Bedeutung zukommt (vgl. E. 2.1.2 vorne). Vorliegend hat die begutachtende Psychiaterin den objektiven Psychostatus im Rahmen der Verlaufsbeurteilung sorgfältig und detailliert erhoben (vgl. act. IIA 169.1 S. 10 ff.) und gestützt darauf mit Bezug auf die bestehenden funktionellen Einschränkungen respektive die Arbeitsfähigkeit sowie die Diagnose ihre Schlussfolgerungen gezogen. Dass die Gutachterin dabei nicht lege artis vorgegangen wäre, ist weder ersichtlich noch wird dies ärztlicherseits substantiiert geltend gemacht. Ob sich die die Arbeitsfähigkeit einschränkende Symptomatik diagnostisch nun im Rahmen einer Depression oder aber einer ADHS manifestiert, ist rechtlich nicht entscheidend. Im Übrigen hielt die Gutachterin fest, dass die erhobenen Befunde unspezifisch seien und sich sowohl im Rahmen einer affektiven Störung als auch einer ADHS interpretieren liessen (S. 14). Davon abgesehen, dass eine dergestalt transparent gemachte zurückhaltende Interpretation im Rahmen einer gutachtlichen Würdigung den Beweiswert einer Expertise keineswegs schmälert, sondern sogar stärkt (vgl. auch Entscheid des BGer vom 18. September 2013, 8C_452/2013, E. 3), manifestiert sich diese diagnostische Unsicherheit entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin durchaus auch in den von ihr referierten Berichten der behandelnden Ärzte: So wurde im Bericht der Praxis I. _____ vom 26. Juni 2014 (act. IIA 160

S. 7 ff.) hinsichtlich der ADHS-typischen Symptomatik eine unscharfe Befundlage (S. 13) festgehalten bzw. auf widersprüchliche testdiagnostische Ergebnisse hingewiesen, wenngleich die diagnostischen Kriterien schliesslich als nicht erfüllt beurteilt wurden (S. 14). Sodann stellte Dr. med. M._____ im Bericht vom 21. Juli 2014 – entgegen seinen Ausführungen im zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin verfassten Bericht vom 12. Februar 2015 (act. IIA 182 S. 20 f.) – die Diagnose einer ADHS sehr wohl (act. IIA 160 S. 1) und mass ihr sogar Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und damit erhebliche (invalidenversicherungsrechtliche) Relevanz bei. Zudem verordnete er Ritalin, ein Medikament, das ausschliesslich der Behandlung von ADHS und Narkolepsie dient und die Symptome bei der Beschwerdeführerin offenbar auch besserte (vgl. act. IIA 169.1 S. 9). Wenn die Gutachterin die geklagten Beschwerden nach einer Diskussion deshalb als Ausdruck einer ADHS-Symptomatik beurteilte (S. 14), kann im Lichte der übrigen Aktenlage daraus nicht auf eine fehlende Beweiskraft des Gutachtens geschlossen werden. Im Gegenteil hielt auch der RAD-Arzt Dr. med. H._____ in seiner Stellungnahme vom 22. Januar 2015 hierzu fest, dass die nun festgestellte Diagnose ADHS im Zusammenhang mit den beschriebenen akzentuierten Persönlichkeitszügen die vielfältige Symptomatik hinreichend zu erklären vermöge (act. IIA 180 S. 3).

An der schlüssigen Einschätzung der Gutachterin, wonach aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50% bestehe, änderte – dem eben Dargelegten zufolge – indes auch nichts, wenn die geklagten Beschwerden als Ausdruck einer Depression gesehen würden. Insoweit ist indes festzuhalten, dass die im Bericht der Klinik G._____ vom 14. Mai 2014 (act. IIA 154 S. 8) festgehaltene mittelgradig bis schwere depressive Episode massgeblich allein auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin beruht bzw. befundmässig nicht hinreichend untermauert ist, worauf auch der RAD-Arzt Dr. med. H._____ hinweist (vgl. act. IIA 180 S. 3). Sodann wurde auch im Bericht der Praxis I._____ vom 26. Juni 2014 einzig eine mittelschwere depressive Episode diagnostiziert (act. IIA 160 S. 14), welche mit der gutachtlich festgestellten 50%igen Arbeitsunfähigkeit unter den vorliegend gegebenen Umständen in Einklang zu bringen ist. Schliesslich setzt sich das Verlaufsgutachten entgegen der Beschwerde-

führerin hinreichend mit den übrigen medizinischen Berichten auseinander und diskutiert auch andere Diagnosen, wobei die Gutachterin das im Bericht der Praxis I. _____ postulierte Vorliegen einer PTBS nachvollziehbar verworfen hat (S. 14).

3.4.3 Insgesamt enthalten die Berichte der behandelnden Ärzte keine konkreten Indizien (vgl. E. 3.3 vorne), welche gegen die Zuverlässigkeit des interdisziplinären Gutachtens vom 16. Dezember 2013 bzw. des psychiatrischen Verlaufsgutachtens vom 15. November 2014 der MEDAS sprechen, weshalb vorbehaltlos und mit Bezug auf den gesamten, vorliegend massgebenden Beurteilungszeitraum (vgl. E. 3.1 vorne) darauf abgestellt werden kann. Der rechtserhebliche Sachverhalt erweist sich demnach als hinreichend abgeklärt, womit es der in der Beschwerde eventualiter beantragten Oberbegutachtung nicht bedarf.

3.5 Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ergibt sich Folgendes:

Mit Bericht vom 7. Dezember 2012 (act. IIA 113 S. 2) attestierte Dr. med. K. _____ ab dem 24. Mai 2012 – mithin mit Einleitung des Revisionsverfahrens (act. II 93) – eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Diese wurde in der Folge bis zur Begutachtung in der MEDAS durchgehend und durch Letztere auch rückwirkend bestätigt (vgl. act. IIA 109 S. 3; 112 S. 2; 121 S. 2; 122 S. 5; 133 S. 3; 140.1 S. 46). Im fraglichen Gutachten vom 16. Dezember 2013 (act. IIA 140.1) wurde in somatischer Hinsicht eine 60%ige Leistungsfähigkeit bei einem Zeitpensum von 8.5 Stunden pro Tag attestiert. Psychiatrischerseits wurde eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von der Durchführung einer stationären und anschliessend ambulanten Therapie abhängig gemacht (S. 44), wobei im Anschluss an die stationäre Massnahme eine Leistungsfähigkeit von 50% als realistisch prognostiziert wurde (vgl. auch S. 46). In der Folge unterzog sich die Beschwerdeführerin für die Dauer vom 13. Februar bis 17. April 2014 einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, welche jedoch nach Auffassung der behandelnden Ärzte keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hatte (act. IIA 154 S. 3 und 11; 155 S. 1; 156 S. 2; 160 S. 3). Im psychiatrischen Verlaufsgutachten vom 15. November 2014 (act. IIA 169.1) attestierte die Gutachterin schlüssig (vgl. E. 3.4 vorne) eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und hielt im Übrigen fest, dass bei der Beschwerdeführerin im Rahmen der IV-

Abklärung und der langen Hospitalisation im Rahmen des Rentenverfahrens von einer vorübergehenden Destabilisierung auszugehen sei (S. 15), was auf eine reaktive und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht relevante Gesundheitsstörung schliessen lässt (vgl. Entscheid des BGer vom 17. Februar 2016, 9C_668/2015, E. 3). Zudem lassen die Berichte der behandelnden Ärzte hinsichtlich der auch nach dem stationären Aufenthalt attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit eine den beweismässigen Anforderungen genügende Begründung vermissen. Unter diesen Umständen ist mit dem Austritt aus dem stationären Aufenthalt per 17. April 2014 eine Besserung des Gesundheitszustandes und eine Steigerung der psychisch bedingten Arbeitsfähigkeit auf 50% erstellt, während für die Zeit davor von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Diese Veränderung des Gesundheitszustandes ist wiederum ein Revisionsgrund.

Gestützt auf diese Feststellungen ist nachfolgend der Invaliditätsgrad zu bestimmen.

4.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, kann der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) um bis zu maximal 25% gekürzt werden, wenn persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität resp. Aufenthaltskategorie oder Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben und die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

4.1.3 Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt haben, wobei die Vergleichseinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu ermitteln sind (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 321 N. 31).

4.2 Hinsichtlich des hypothetischen Valideneinkommens ist überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass die Beschwerdeführerin auch fortan in ihrer bisherigen, seit März 2008 ausgeübten Tätigkeit als Sachbearbeiterin beim D. _____ im Rahmen eines 100%-Pensums gearbeitet hätte, zumal die Reduktion im Januar 2012 auf 50% (act. IIA 117 S. 2) gesundheitsbedingt erfolgt war und die Aktenlage nicht den Schluss auf eine überwiegend wahrscheinlich anderweitige berufliche Entwicklung zulässt.

Nach Art. 25 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) in Verbindung mit Art. 16 ATSG werden

Renten nach dem Erwerbseinkommen berechnet. Als Erwerbseinkommen gilt der nach der Bundesgesetzgebung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung massgebende Lohn. Nicht zum Valideneinkommen – da nicht zum Erwerbseinkommen gehörend – zählen somit die vom bisherigen Arbeitgeber ausgerichteten Betreuungszulagen (vgl. Art. 86 des Personalgesetzes des Kantons Bern vom 16. September 2004 [PG, BSG 153.01] i.V.m. Art. 6 Abs. 2 lit. f. der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 31. Oktober 1947 [SR 831.101]; vgl. auch Entscheid des BGer vom 15. Januar 2016, 8C_897/2015, E. 3.2.2) und Ausbildungszulagen (vgl. Art. 6 Abs. 2 lit. g AHVV). Demnach beziffert sich das von der Beschwerdeführerin zuletzt bzw. im Jahr 2012 erzielte Einkommen – bezogen auf ein 100%-Pensum sowie einschliesslich eines Zwölftels des 13. Monatslohnes – auf Fr. 7'233.20 monatlich (Fr. 3'616.60 x 2 [act. II 99.2 S. 1]) bzw. Fr. 86'798.40 jährlich (Fr. 7'233.20 x 12).

Das Valideneinkommen ist der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung anzupassen, wobei auf den Nominallohnindex gemäss der entsprechenden Erhebung des BFS abzustellen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 10. Mai 2013, 8C_67/2013, E. 3.3.5). Unter Berücksichtigung der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.2.05 Nominallohnindex, Frauen, 2011-2015, Abschnitt O) resultiert per 2014 somit ein massgebliches Valideneinkommen von Fr. 88'263.70 (Fr. 86'798.40 / 100.7 x 102.4).

4.3 Indem die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft respektive keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf statistische Werte gemäss LSE 2012 abzustellen (vgl. E. 4.1.2 vorne). Gemäss dem psychiatrischen Verlaufsgutachten ist die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Sachbearbeiterin ideal (act. IIA 169.1 S. 15), weshalb es sich rechtfertigt, zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf Tabelle T1_b, Ziffer 84, Frauen, ohne Kaderfunktion, abzustellen, wofür im Übrigen auch das beim letzten Arbeitgeber erzielte Einkommen spricht (vgl. E. 4.2 hiavor).

Bei der Anwendung von Tabellenlöhnen gilt es zu berücksichtigen, dass ihnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit im Bereich der öffentlichen Verwaltung, welche im Jahr 2014

(die Zahlen für das Jahr 2015 liegen noch nicht vor) 41.5 Wochenstunden betrug (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 77; BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Abschnitt O, Ziffer 84).

Demnach beträgt das (auf zeitidentischer Grundlage mit dem Valideneinkommen ermittelte [vgl. E. 4.1.3 vorne]) jährliche Invalideneinkommen per 2014 unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.5 Stunden, der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.2.10 Nominallohnindex, Frauen, 2011 - 2014, Abschnitt O) sowie bezogen auf ein 100%-Pensum Fr. 85'570.15 ($\text{Fr. } 6'759.-- \times 12 \text{ Monate} / 40 \times 41.5 \text{ Wochenstunden} / 100.7 \times 102.4$).

4.4 Wie in E. 3.5 vorne dargelegt, wurde der Beschwerdeführerin ab dem 24. Mai 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Zwar wurde das Revisionsverfahren von Amtes wegen eingeleitet. Weil jedoch vor dem 24. Mai 2012 keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist (vgl. act. II 99 S. 4 f.), besteht in Nachachtung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 2 IVV (vgl. E. 2.3.4 vorne) der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (bei einem Invaliditätsgrad von 100%) erst ab August 2012.

Ferner ist ab April 2014 respektive – unter Berücksichtigung einer Zeitspanne von drei Monaten (Art. 88a Abs. 1 IVV) – ab Juli 2014 von einer dauerhaften Besserung des psychischen Gesundheitszustandes auszugehen (vgl. E. 3.5 vorne), weshalb der Rentenanspruch ab diesem Zeitpunkt wiederum auf der Basis einer 50%igen Arbeitsfähigkeit zu beurteilen ist. Wird in Anbetracht der Feststellungen im psychiatrischen Verlaufsgutachten, wonach kurze zusätzliche Pausen erforderlich sind (act. IIA 169.1 S. 16), unter dem Titel der leidensbedingten Einschränkungen ein Abzug von maximal 10% zugestanden (vgl. E. 4.1.2 vorne) – wobei die übrigen, praxisgemäss zu berücksichtigenden Kriterien offensichtlich nicht erfüllt sind – beziffert sich das Invalideneinkommen ab Juli 2014 auf mindestens Fr. 38'506.55 ($\text{Fr. } 85'570.15 \times 0.5 \times 0.9$).

Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen ergibt dies eine Erwerbseinbusse von Fr. 49'747.40 und damit einen Invaliditätsgrad von gerundet höchstens 56% ($\text{Fr. } 49'757.15 / \text{Fr. } 88'263.70 \times 100$ [zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123]), womit ab Juli 2014

wiederum Anspruch auf eine halbe Invalidenrente besteht (vgl. E. 2.2 vorne).

4.5 Zusammenfassend ist die Beschwerde dahingehend teilweise gutzuheissen, dass die Beschwerdeführerin ab August 2012 Anspruch auf eine ganze und ab Juli 2014 wiederum Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat. Soweit weitergehend ist die Beschwerde abzuweisen.

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

5.2.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

Die Parteientschädigung ist aufgrund der Anträge der beschwerdeführenden Partei, gemessen am Ergebnis der Anfechtung des vorinstanzlichen Entscheids zu verlegen (BGE 123 V 159 E. 4b S. 159). Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine "Überklagung" eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat. Bei Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente darf die Parteientschädigung daher nicht allein deswegen reduziert werden, weil der Beschwerde führenden Person nicht die beantragte ganze oder höhere

Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407).

5.2.2 Vorliegend obsiegt die Beschwerdeführerin zwar insofern nur teilweise, als – mit Blick auf ihre mit Eingabe vom 2. März 2015 gestellten Anträge sowie gemessen an der angefochtenen Verfügung vom 29. Januar 2015 – lediglich für den Zeitraum von August 2012 bis Juli 2014 ein Anspruch auf eine ganze Rente resultiert. Dies rechtfertigt indes nach dem Dargelegten (vgl. E. 5.2.1 vorne) keine Reduktion der Parteientschädigung.

Mit am 29. April 2015 eingereichter und nicht zu beanstandender Kostennote hat Rechtsanwalt B. _____ ein Honorar von Fr. 3'375.-- (bei einem Aufwand von 13.5 Stunden) sowie Auslagen von Fr. 484.80 und die Mehrwertsteuer von Fr. 308.80 (auf Fr. 3'859.--) geltend gemacht. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 4'168.60 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 29. Januar 2015 aufgehoben. Die Beschwerdeführerin hat ab August 2012 bis Juni 2014 Anspruch auf eine ganze Rente der IV. Ab Juli 2014 hat sie Anspruch auf eine halbe Rente. Soweit weitergehend, wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- wird der Beschwerdeführerin nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'168.60 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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