

200 15 904 IV  
MAW/ABE/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 13. April 2016**

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiberin Abenheim

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, Rechtsanwältin Dr. iur. C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. September 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1964 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 2. Februar 2000 wegen Rückenproblemen bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage [AB] 1). Nachdem die IVB einen Rentenanspruch zunächst verneint (AB 22, 47, 55) und das in der Folge angerufene Verwaltungsgericht des Kantons Bern der Versicherten eine Viertelsrente ab dem 1. Februar 1999 zugesprochen hatte (Urteil vom 1. März 2005, VGE 65017 [AB 61]), gelangte die Versicherte an das Bundesgericht, welches auf einen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente ab dem 1. Februar 1999 erkannte (Entscheid vom 20. Juli 2005, I 262/05 [AB 67/2]). Mit Verfügung vom 28. Oktober 2005 (AB 72/3) setzte die IVB die halbe Rente alsdann betraglich fest.

Im Rahmen einer im Februar 2010 eingeleiteten Revision von Amtes wegen machte die Versicherte geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert; sie verwies auf Darmprobleme und Müdigkeit (AB 77). Nach Abklärungen in erwerblicher (AB 79) und medizinischer Hinsicht (AB 81 ff.) verneinte die IVB eine dauerhafte wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands und wies das Erhöhungsgesuch ab bzw. bestätigte den bisherigen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (unangefochten gebliebene Verfügung vom 5. Oktober 2010 [AB 89]).

Im Februar 2014 leitete die IVB eine weitere Rentenrevision ein (AB 93). Die Versicherte gab wiederum an, ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, wobei sie insbesondere Rücken- und Verdauungsprobleme erwähnte (AB 99). Aufgrund von Hinweisen auf eine psychiatrische Problematik in den anschliessend eingeholten Berichten (AB 100/3, 102/1, 102/4, 102/7, 106/2) ordnete die IVB auf Empfehlung ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 109/4) eine polydisziplinäre Untersuchung an (AB 110). Gestützt auf das entsprechende Gutachten des D. \_\_\_\_\_ (MEDAS) vom 28. Januar 2015 (AB 122.1) stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 11. Februar 2015 (AB 124) in Aussicht, die laufende

halbe Rente per 1. Februar 2014 (Einleitung des Revisionsverfahrens; vgl. AB 93/1, 94) auf eine ganze Rente zu erhöhen. Dagegen erhob die Versicherte (verspätet) Einwand; sie beantragte eine Rentenerhöhung bereits ab Oktober 2011 (AB 131, 134). Am 8. Juni 2015 verfügte die IVB wie angekündigt (AB 135). Diese Verfügung wurde am 10. Juni 2015 formlos aufgehoben (AB 137); am 14. September 2015 erliess die IVB – (nunmehr) unter Berücksichtigung der Anhörung (vgl. AB 137) – eine im Dispositiv gleichlautende Verfügung (AB 140).

## **B.**

Gegen die Verfügung vom 14. September 2015 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. C.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_, am 15. Oktober 2015 Beschwerde. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei insofern kostenfällig aufzuheben, als ihr bereits ab Oktober 2011 eine ganze Invalidenrente auszurichten sei. Zur Begründung macht sie im Wesentlichen geltend, sie sei krankheitsbedingt nicht in der Lage gewesen, die Verschlechterung rechtzeitig anzumelden.

Am 13. November 2015 verzichtete die Beschwerdegegnerin mit Hinweis auf die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung auf eine Beschwerdeantwort. Sie beantragt die Abweisung der Beschwerde.

Unaufgefordert reichte die Beschwerdeführerin am 30. November 2015 eine weitere Eingabe samt einem Arztbericht (Beschwerdebeilage [BB] 3) ein. Die Beschwerdegegnerin erhielt Gelegenheit, sich zu dieser als Replik entgegen genommenen Eingabe zu äussern; am 15. Dezember 2015 verzichtete sie auf eine Duplik, wobei sie an ihrem bisherigen Antrag festhielt.

Am 12. April 2016 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) statt.

## **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 GSOG 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 14. September 2015 (AB 140), mit welcher die halbe Rente per 1. Februar 2014 auf eine ganze Rente erhöht wurde. Beschwerdeweise wird zwar einzig der Beginn der Rentenheraufsetzung beanstandet. Streitgegenstand bildet jedoch die Invalidenrente als solche, dienen die Teilaspekte eines verfügungsweise festgelegten Rechtsverhältnisses (Invaliditätsgrad, Rentenberechnung, Rentenbeginn u.a.) doch in der Regel lediglich der Begründung der Verfügung und sind daher grundsätzlich nicht selbstständig anfechtbar (BGE 125 V 413 E. 2b S. 416). Werden nur einzelne Elemente des Rechtsverhältnisses beanstandet, bedeutet dies somit nicht, dass die unbestrittenen Teilaspekte in Rechtskraft erwachsen und demzufolge der richterlichen Überprüfung entzogen sind (BGE 125 V 413 E. 2d S. 417). Folglich ist hier nicht nur der Zeitpunkt einer allfälligen Rentenerhöhung, sondern auch diese als solche zu prüfen.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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

**2.3** 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

**2.3.1** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen

Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**2.3.2** 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

**2.4** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

**2.4.1** 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. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

**2.4.2** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343

E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

**2.4.3** 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 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

### **3.**

Vorab ist zu prüfen, ob eine für den Leistungsanspruch potentiell relevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, wobei der Sachverhalt im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 14. September 2015 (AB 140) mit demjenigen am 5. Oktober 2010 (AB 89) zu vergleichen ist. Da der Revisionsverfügung vom 5. Oktober 2010 (AB 89) wegen der neu hinzugetretenen gastroenterologischen Problematik eine materielle Anspruchsüberprüfung vorausging (vgl. AB 79 ff.), bildet jene massgebliches Referenzobjekt (vgl. E. 2.4.2 hiervor).

**3.1** Der anspruchsbestätigenden Verfügung vom 5. Oktober 2010 (AB 89) lagen insbesondere folgende Arztberichte zugrunde:

**3.1.1** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, nannte im Gutachten vom 16. August 2003 (AB 37) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9):

- Lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit radikulärer Ausstrahlung links betont
- Fehlhaltung der LWS (Streckhaltung und links konvexe Skoliose)

- hochgradig verminderte Beweglichkeit
- Sensibilitätsstörung L5 (S1) links ohne motorisches Defizit oder Reflexstörung
- degenerative Veränderungen (Osteochondrose und Spondylose sowie Discusbulging L3/4, L4/5 und L5/S1, alte verkalkte Discushernie medioforaminal/rezessal L5 links mit möglicher Wurzelreizung L5 links)

Die bisherige Tätigkeit sei im bisherigen Rahmen von maximal 50% möglich; eine erhebliche Leistungseinbusse sollte hierbei nicht auftreten (S. 11). In einer anderen Tätigkeit könnten die verbleibenden Fähigkeiten nicht besser verwertet werden (S. 12).

**3.1.2** Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Gutachten vom 18. Dezember 2003 (AB 42) eine kurze depressive Reaktion (ICD-10 F43.20), Schwierigkeiten mit den ökonomischen Verhältnissen (ICD-10 Z59) und Alleinleben (ICD-10 Z60.2). Die Persönlichkeit der Explorandin sei grundlegend nicht geschädigt; es seien weder anamnestisch noch bei der Untersuchung entsprechende psychopathologische Befunde zu beobachten gewesen. Die depressive Reaktion, wofür die finanziellen Schwierigkeiten ausschlaggebend gewesen seien, könne nicht als chronifiziertes Leiden angesehen werden, weshalb interdisziplinär (neurochirurgisch-psychiatrisch) von einer 50%-igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Eine psychiatrische Therapie sei nicht nötig.

**3.1.3** Der Hausarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, nannte im Zwischenbericht vom 9. August 2010 (AB 84/1) als Diagnosen eine Defäkationsstörung (St. n. Starr-OP) und eine Angstsymptomatik mit depressiver Episode. Der Gesundheitszustand sei stationär. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50%.

**3.2** Die Verfügung vom 14. September 2015 (AB 140) stützt sich massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 28. Januar 2015 (AB 122.1). Darin wurden nach allgemeinmedizinischer/internistischer, orthopädischer, neurologischer, gastroenterologischer und psychiatrischer Untersuchung folgende Diagnosen aufgeführt (S. 39 f.):

**Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0)
- Chronisches lumboradikuläres Syndrom links
  - sensibles Ausfallssyndrom L5 links

- Discushernien L3/4, L4/5 und L5/S1 mit präasacralen Facettengelenksarthrosen (CT LWS 14.08.2003)
- Chronisches Schmerzsyndrom linke Schulter mit Impingement
  - klinisch Supraspinatustendopathie
  - bildgebend unauffälliger Befund

**Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Colon irritabile vom Obstipationstyp (DD: Slowtransit-Konstipation)
- obstruktive Defäkationsstörung bei
  - Status nach STARR-Operation am 16.01.2009
- Intussuszeption

Aus gastroenterologischer Sicht sei ein Colon irritabile vom Obstipationstyp vorhanden. Ferner weise die Explorandin eine obstruktive Defäkationsstörung auf, welche nach der Operation bis heute unverändert persistiere. Nach der Aktenlage hätten sich bei den zahlreichen gastroenterologischen Untersuchungen keine strukturellen Läsionen feststellen lassen, welche die aktuelle Symptomatik erklären würden. Die Symptome hätten sich nicht leicht nachvollziehen lassen, was bereits einen Verdacht auf eine im Vordergrund stehende nicht somatische Komponente ergeben habe. Von orthopädischer Seite ständen Rückenschmerzen im Vordergrund. Des Weiteren bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der linken Schulter, eine Tendopathie am linken Handgelenk (S. 40) sowie eine beidseitige Tendoperiostose des Trochanter major (S. 41). Von neurologischer Seite wurde festgehalten, die Hauptbeschwerden der Explorandin, die Bauchbeschwerden im Zusammenhang mit ihrem trägen Darm, seien nicht neurogenen Ursprungs (S. 27). Im psychiatrischen Status wurde festgehalten, die Explorandin lebe sehr zurückgezogen, ihr Tagesablauf sei geprägt von bizarren irrationalen Handlungen, die ihrer Darmtätigkeit gewidmet seien. Ihr Denken sei geprägt von seltsamen, eigenen Körpervorstellungen (Körperhalluzinationen) und zwanghaft fixiert auf eine Darmentleerung (S. 36). Es liege eine paranoide Schizophrenie vor. Bei dieser Diagnose würden körperliche Symptome oft nicht wahrgenommen oder es werde nicht adäquat darauf reagiert. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei angezeigt. Berufliche Massnahmen könnten angesichts der psychotischen Erkrankung nicht empfohlen werden. Es müsse eine Arbeitsunfähigkeit in der freien Wirtschaft attestiert werden (S. 37). Interdisziplinär bestehe in der bisherigen und auch in allen anderen Tätigkeiten eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit, die mit der Schizophrenie zu begründen sei.

Bezüglich des Beginns gelte der Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom Dezember 2013 (vgl. AB 102/4), in welchem ein Verdacht auf paranoide Schizophrenie erhoben worden sei (S. 41).

**3.3** Das MEDAS-Gutachten vom 28. Januar 2015 (AB 122.1) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung (E. 2.3.1 hiervor) und überzeugt. Es beruht auf einlässlichen Untersuchungen und wurde unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie in Kenntnis der damaligen Vorkakten erstattet. In der Darlegung der medizinischen Situation ist die Beurteilung widerspruchsfrei und nachvollziehbar begründet. Dem Gutachten kommt somit voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Dass den Gutachtern der (damals noch nicht im Besitz der Verwaltung gewesene) Bericht des Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, Spital J.\_\_\_\_\_, vom 13. Oktober 2011 (BB 3) nicht vorgelegen hat, schadet – entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin (Eingabe vom 30. November 2015) – nichts (vgl. E. 4.3.2 hier-nach).

**3.3.1** Die Beschwerdegegnerin hat gestützt auf das MEDAS-Gutachten zu Recht eine Verschlechterung des Gesundheitszustands bejaht. Während im massgebenden Vergleichszeitpunkt nach wie vor die somatischen Probleme im Vordergrund standen und eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit bestand, liegt nunmehr eine psychisch bedingte vollständige Arbeitsunfähigkeit vor (AB 122.1/41). Im Jahr 2003 hatte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ eine Depressivität festgestellt, diese indessen als vorübergehendes reaktives Geschehen qualifiziert und eine invalidisierende Wirkung verneint; eine Persönlichkeitspathologie hatte er explizit ausgeschlossen (AB 42/5). Als-dann wies der Hausarzt im Jahr 2010 (fachfremd) auf eine Angstsymptomatik mit depressiver Episode hin, wobei er dieser keine zusätzlichen Auswirkungen auf die somatisch eingeschränkte Arbeitsfähigkeit zuschrieb (AB 84/1). Noch im Frühjahr 2010 fanden einzig somatisch bedingte Behandlungen statt (AB 84/1 ff.). Zwar wurde damals in Bezug auf die Darm-symptomatik eine „gewisse Mitbeteiligung der Psyche“ nicht ausgeschlossen (AB 84/4); eine massgebliche psychogene Ursache der Defäkationsstörung wurde dazumal jedoch nicht in Betracht gezogen

(vgl. AB 84/1 ff.). Abgesehen von der Verlagerung von einem rein somatischen zu einem vorwiegend psychischen Beschwerdebild bzw. der Erkenntnis, dass die Abdominalproblematik auch funktionell bedingt ist (vgl. BB 3; AB 102/2, 102/7, 122.1/40), manifestierte sich im Vergleichszeitraum insbesondere die schizophrene Erkrankung, welche eine nunmehr vollständige Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (AB 102 ff.). Damit sind potentiell anspruchrelevante Veränderungen in den tatsächlichen Verhältnissen im Sinne eines Revisionsgrundes ausgewiesen; der Rentenanspruch ist frei zu prüfen (vgl. E. 2.4.3 hiervor).

**3.3.2** Mit dem voll beweiskräftigen MEDAS-Gutachten ist erstellt, dass der Beschwerdeführerin im ersten Arbeitsmarkt keine Erwerbstätigkeit mehr zumutbar ist. Besteht nicht nur für die angestammte, sondern auch für jegliche andere Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, resultiert von vornherein ein Anspruch auf eine ganze IV-Rente, entspricht ein fehlendes Invalideneinkommen doch einem Invaliditätsgrad von 100% (vgl. Art. 16 ATSG; E. 2.2 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat die halbe Rente damit zu Recht auf eine ganze Rente erhöht. Zu prüfen bleibt der Zeitpunkt, ab welchem die Rente zu erhöhen ist.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) erfolgt die Erhöhung der Renten, der Hilflosenentschädigungen und der Assistenzbeiträge – von einer hier nicht zur Diskussion stehenden Ausnahme abgesehen (lit. c) – frühestens von dem Monat an, in dem das Revisionsbegehren gestellt wurde (lit. a) oder, bei einer Revision von Amtes wegen, von dem für diese vorgesehenen Monat an (lit. b).

Das Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH [abrufbar unter [www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch)]) sieht im 1. Kapitel (Beginn und Ende des Rentenanspruchs) in Rz. 2028 (in der hier massgebenden, ab 1. Januar 2011 gültig gewesenen Fassung) Folgendes vor:

Konnte die versicherte Person jedoch den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen oder war sie aus wichtigen Gründen objektiv verhindert, sich rechtzeitig anzumelden (z.B. bei Vorliegen eines schweren psychischen Leidens) so wird ihr die Leistung rückwirkend zugesprochen, sofern sie die Anmeldung innert 6 Monaten seit Kenntnisnahme des Sachverhalts oder seit Wegfall des Hindernisses einreicht (...). Dies gilt selbst dann, wenn gewisse andere, nach Art. 66 Abs. 1 IVV legitimierte Personen die rechtzeitige Anmeldung unterlassen haben, obwohl sie dazu in der Lage gewesen wären (...). In diesen Fällen erhält die versicherte Person ab dem Zeitpunkt Leistungen, in welchem objektiv betrachtet sämtliche Voraussetzungen für den Rentenanspruch erfüllt waren. Die Nachzahlung kann jedoch vom Monat der Anmeldung an maximal fünf Jahre zurück erfolgen (...).

**4.2** Die Beschwerdeführerin bringt vor, sie sei aus Krankheitsgründen nicht in der Lage gewesen, die hier zur Diskussion stehende Verschlechterung ihres Gesundheitszustands rechtzeitig bzw. überhaupt geltend zu machen. Deshalb sei die Rente nicht erst auf den Zeitpunkt der Einleitung des Revisionsverfahrens von Amtes wegen (Februar 2014 [AB 93 f.]), sondern – in sinngemässer Anwendung von Rz. 2028 KSIH – schon per 1. Oktober 2011 (vgl. AB 102/8) zu erhöhen.

Wie nachfolgend aufgezeigt wird, kann im vorliegenden Fall offen bleiben, ob die (für das Gericht nicht verbindliche [BGE 141 V 365 E. 2.4 S. 368]) Rz. 2028 KSIH (E. 4.1 hiervor) gesetzmässig ist resp. ob die ihr zugrunde liegende Bestimmung von Art. 48 Abs. 2 lit. a IVG grundsätzlich sinn- gemäss auch für Renten gilt (vgl. auch Art. 46 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG; SR 831.10]). Gleichermassen offen gelassen werden kann die Rechtsfrage, ob die genannte Verwaltungsweisung bei gegebener Ge- setzmässigkeit – mit der Beschwerdegegnerin (vgl. S. 3 der angefochtenen Verfügung [in den Gerichtsakten und BB 1; bei AB 140 nicht vorhanden]) – nur im Rahmen von verspäteten (Erst- und Neu-)Anmeldungen oder – mit der Beschwerdeführerin – auch für nicht rechtzeitig beantragte Rentener- höhungen resp. in Revisionsverfahren zur Anwendung kommt.

**4.3** Dass ein anspruchsbegründender Sachverhalt nicht erkennbar ge- wesen ist oder dass die versicherte Person trotz entsprechender Kenntnis krankheitsbedingt daran gehindert war, sich anzumelden oder jemanden mit der Anmeldung zu betrauen, wird von der Rechtsprechung nur sehr zurückhaltend angenommen. Das Bundesgericht anerkennt dies einzig bei Vorliegen schwerer – vorab psychischer – Erkrankungen, so namentlich bei Schizophrenie (BGE 139 V 289 E. 4.2 S. 292; vgl. auch Entscheid des

Bundesgerichts [BGer] vom 20. Februar 2006, I 824/05, E. 2; je mit Hinweisen).

**4.3.1** Die Beschwerdeführerin leidet an einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0; AB 122.1/36). Was den Beginn der schizophrenen Erkrankung anbelangt, sind den Akten folgende Angaben zu entnehmen:

Im MEDAS-Gutachten vom 28. Januar 2015 wurde dargelegt, bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine psychisch schwer erkrankte Person, die ein seit „vielen Jahren bestehendes“ psychotisches Geschehen im Rahmen einer paranoiden Schizophrenie aufweise, was die Arbeitsunfähigkeit ausreichend begründe (AB 122.1/41). Unter Bezugnahme auf den Bericht des Psychiaters Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2013 (AB 102/4 [„Wahrscheinliche paranoide Schizophrenie“]) wurde der Zeitpunkt der Erkrankung auf Dezember 2013 festgelegt (AB 122.1/41).

Während Dr. med. I. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 21. November 2013 (AB 102/7) als Diagnose einen Verdacht auf paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0) nannte, erwähnte er im – erst im Beschwerdeverfahren eingereichten bzw. bis dahin nicht aktenkundigen – Bericht vom 13. Oktober 2011 (BB 3) akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 F60.9). Die Beschwerdeführerin fühlte sich bereits damals (2011) im Haus beobachtet und hatte den Eindruck, dass ihre Telefonate vom Hauswart abgehört werden. In der Folge ging Dr. med. I. \_\_\_\_\_ denn auch von „paranoiden Anteilen“ aus (BB 3, S. 2).

**4.3.2** Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ist hinsichtlich des Beginns der paranoiden Schizophrenie nicht auf den Bericht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2011 (BB 3) abzustellen. Im fraglichen Bericht ist keine Rede von einer Schizophrenie. Zwar wurden paranoide Anteile erwähnt, jedoch (lediglich) akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert; solche stellen rechtsprechungsgemäss keine psychische Störung von erheblicher Schwere und Ausprägung dar (vgl. bspw. Entscheidung des BGer vom 9. April 2014, 9C\_5/2014, E. 4.1.1). Dass die Diagnose mit der falschen Kodierung nach ICD-10 (F60.9 [für nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung], statt: Z73.1) versehen wurde, ändert daran nichts. Damit ist erstellt, dass das psychische Geschehen damals

zwar bereits – mindestens teilweise – vorlag, es aber allein als Persönlichkeitszug gedeutet wurde und es deshalb auch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hatte. Insofern ist im Umstand, dass im MEDAS-Gutachten einerseits ein „seit vielen Jahren“ bestehendes psychotisches Geschehen festgestellt, die vollständige Arbeitsunfähigkeit resp. die dafür verantwortliche Schizophrenie aber (erst) per Dezember 2013 als gegeben erachtet wurde (AB 122.1/41), kein Widerspruch zu erblicken. Bei diesen Gegebenheiten schadet es denn auch nicht, dass der mit der Replik zu den Akten gegebene Bericht des Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2011 (BB 3) den Gutachtern nicht vorlag (vgl. auch E. 3.3 hiervor).

Beweismässig ist damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) erstellt, dass die psychische Störung, die eine gänzliche Erwerbsunfähigkeit bewirkt, bereits seit Oktober 2011 vorliegt (vgl. Eingabe der Beschwerdeführerin vom 30. November 2015). Vielmehr ist vom Eintritt der relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustands Ende 2013 auszugehen. Ob die entsprechende Krankheit seit November 2013 (AB 102/7 [Verdacht auf paranoide Persönlichkeitsstörung]) oder seit Dezember 2013 (AB 102/4 [Wahrscheinliche paranoide Schizophrenie] bzw. AB 122.1/41 [paranoide Schizophrenie]) besteht resp. gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV zu berücksichtigen ist, braucht letztlich nicht näher geprüft zu werden. Denn die Beschwerdegegnerin hat die Rente zu Recht in Anwendung von Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 1 lit. b IVV per Februar 2014 erhöht.

**4.4** Nach dem Dargelegten ist die Rentenerhöhung per 1. Februar 2014 und damit die angefochtene Verfügung vom 14. September 2015 (AB 140) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

## **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Bei diesem Verfahrensausgang hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich

bestimmt auf Fr. 800.--, zu bezahlen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - 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.