

200 20 305 IV
MAK/TOZ/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. November 2022

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsdienst, Rechtsanwalt C. _____,
Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten

Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Bundesgerichtsentscheid vom 23. März 2020 (Rückweisung an
Vorinstanz IV 159/18)



Sachverhalt:

A.

Die 1960 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 13. Oktober 2009 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Antwortbeilagen der Invalidenversicherung [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung bei der D._____ (MEDAS; Expertise vom 3. Februar 2014 [AB 119.1]). Mit Verfügung vom 27. Juni 2014 (AB 128) sprach sie der Versicherten rückwirkend vom 1. April 2010 bis 30. September 2011 eine befristete ganze Invalidenrente zu; die Rentenzusprache erfolgte aufgrund von somatischen Unfallbeschwerden (vgl. AB 46, AB 124 S. 3, AB 197 S. 2). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Am 23. Dezember 2015 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an und machte in Anlehnung an einen Bericht der Klinik E._____ vom 8. Dezember 2015 (AB 132 S. 2 f.) eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend (AB 132 S. 1). Die IVB gab daraufhin wiederum bei der MEDAS eine psychiatrische Begutachtung in Auftrag (Expertise vom 12. Mai 2016 [AB 149.1]). Gestützt darauf kündigte sie vorbescheidweise die Abweisung des Leistungsbegehrens an (AB 151). Nachdem die Versicherte dagegen Einwand erhoben hatte (AB 155), holte die IVB gutachterliche Stellungnahmen vom 10. Januar 2017 und 9. Juni 2017 ein (AB 166, 179) und veranlasste anschliessend eine psychiatrische und eine neuropsychologische Begutachtung durch Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. G._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP (Expertisen vom 25. August 2017 und 8. November 2017 [AB 189.1 und 191.1]). Mit Vorbescheid vom 22. November 2017 (AB 192) stellte die IVB mangels eines Revisionsgrundes die Ablehnung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand vom 11. Januar 2018 (AB 195) fest und verneinte mit Verfügung vom 23. Januar 2018 (AB 197) den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

Eine hiergegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 8. März 2019, IV/2018/159 (VGE IV/2018/159), ab. Das Bundesgericht (BGer) hiess die dagegen erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 23. März 2020 (9C_262/2019; in den Gerichtsakten) teilweise gut. Es hob das kantonale Urteil (VGE IV/2018/159) auf und wies die Sache zu neuer Entscheidung an das Verwaltungsgericht zurück (erneute Prüfung der Frage des Vorliegens eines Revisionsgrundes); im Übrigen wies es die Beschwerde ab.

B.

Im neu unter der Verfahrensnummer IV/2020/305 vor dem Verwaltungsgericht wieder aufgenommenen bzw. fortgesetzten Beschwerdeverfahren hielt die bisherige Kammerpräsidentin mit prozessleitender Verfügung vom 4. Mai 2020 fest, dass die Frage des Vorliegens eines Revisionsgrundes im Sinne von aArt. 17 ATSG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung; vgl. E. 2 hiernach) erneut zu prüfen sei. Sie gab den Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme und Antragstellung.

Mit Eingabe vom 25. Mai 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin, die Sache sei entweder an sie zur Einholung eines erneuten psychiatrischen Gutachtens zurückzuweisen oder es sei ein psychiatrisches Gerichtsgutachten zu veranlassen.

Die Beschwerdeführerin, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt C._____, B._____, beantragte mit Zuschrift vom 3. Juni 2020, es sei ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Gleichzeitig stellte sie ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt C._____ als amtlicher Anwalt.

Mit Eingaben vom 24. Juni 2020 und 14. Juli 2020 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Auf ein Schreiben der Beschwerdeführerin vom 21. Juni 2021 hin teilte die infolge Pensionierung der bisherigen Kammerpräsidentin nunmehr zustän-

dige Instruktionsrichterin ihr am 24. Juni 2021 mit, dass sie beabsichtige, ein psychiatrisches Gerichtsgutachten einzuholen.

Am 1. Juli 2021 ging eine Eingabe der Beschwerdeführerin vom 29. Juni 2021 beim Gericht ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 16. Juli 2021 teilte die Instruktionsrichterin den Parteien mit, dass sie beabsichtige, bei Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben. Sie gab den Parteien Gelegenheit, zur Begutachtung, zum vorgesehenen Experten sowie zum Fragenkatalog Stellung zu nehmen. Gleichzeitig hiess sie das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Rechtsanwalt C._____, als amtlicher Anwalt gut.

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Eingabe vom 20. Juli 2021, es seien zusätzliche Fragen in den Fragenkatalog aufzunehmen.

Mit Zuschrift vom 24. August 2021 beantragte die Beschwerdeführerin, es sei keine weitere Begutachtung in Auftrag zu geben; für den Fall, dass diesem Antrag nicht gefolgt werde, seien zusätzliche Fragen in den Fragenkatalog aufzunehmen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 8. September 2021 wurde Dr. med. H._____ mit der Begutachtung der Beschwerdeführerin (mindestens zweimalige Untersuchung) beauftragt. Der Fragenkatalog wurde entsprechend den Anträgen der Parteien angepasst und ergänzt.

Am 17. September 2021 ging eine Eingabe der Beschwerdeführerin vom 16. September 2021 und am 8. März 2022 das psychiatrische Gerichtsgutachten (datierend vom 28. Februar 2022) beim Gericht ein.

Mit Eingaben vom 21. März 2022 und 23. Mai 2022 nahmen die Parteien Stellung zum Gutachten sowie zu den Kosten des Gerichtsgutachtens.

Am 1. Juni 2022 ersuchte die Instruktionsrichterin den gerichtlichen Sachverständigen um Beantwortung weiterer Ergänzungsfragen. Dieser Aufforderung kam der Gerichtsgutachter mit Eingabe vom 11. Juli 2022 nach. Hierzu reichten die Parteien am 18. Juli 2022 und 10. August 2022 Schlussbemerkungen ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 23. Januar 2018 (AB 197). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung und dabei insbesondere das Vorliegen eines Revisionsgrundes (vgl. BGer 9C_262/2019, E. 7).

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.

Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

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).

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

2.2 Gemäss aArt. 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 (IV-Grad) von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades 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).

2.4 Um den IV-Grad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

2.5

2.5.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen IV-Grades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

2.5.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des IV-Grades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der IV-

Grad 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 (bzw. anspruchrelevant höhere) 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).

2.5.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105).

2.5.4 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach aArt. 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 Neuanmeldung vom 23. Dezember 2015 (AB 132) eingetreten und hat den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin materiell geprüft. Folglich ist die Eintretensfrage - da nicht streitig - vom Gericht nicht zu prüfen (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 befristet rentenzusprechenden Verfügung vom 27. Juni 2014 (AB 128) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 23. Januar 2018 (AB 197) zu vergleichen ist (vgl. E. 2.5.2 und 2.5.4 hiavor).

3.1

3.1.1 Die Verfügung vom 27. Juni 2014 (AB 128) basierte im Wesentlichen auf dem polydisziplinären (allgemeininternistisch-gastroenterologisch-pneumologisch-neurologisch-orthopädisch-psychiatrischen) Gutachten der MEDAS vom 3. Februar 2014 (AB 119.1). Diesem ist zu entnehmen, dass die internistische und neurologische Abklärung keine Anhaltspunkte für eine namhafte Gesundheitsstörung ergeben habe (AB 119.1 S. 50 Ziff. 3). Auf orthopädischem Gebiet lägen degenerative Gelenksalterationen vor, aufgrund derer körperlich schwere Tätigkeiten und diejenigen mit Überkopparbeiten sowie mit überwiegendem Gehen und Stehen nicht mehr zumutbar seien (AB 119.1 S. 40 Ziff. 2.5.4, AB 119.1 S. 50 f. Ziff. 3 und 4.1). Weiter bestehe sowohl aus gastroenterologischer als auch aus pneumologischer Sicht keine (namhafte) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 119.1 S. 19 Ziff. 2.2.4, AB 119.1 S. 23 Ziff. 2.3.5). In psychiatrischer Hinsicht liege ein mögliches leichtgradiges depressives Syndrom vor (AB 119.1 S. 48 Ziff. 2.6.4). Die diagnostischen Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung seien dagegen nicht erfüllt, da ein anhaltender ungelöster innerseelischer Konflikt nicht evident sei und darüber hinaus auch kein ausreichender Anhalt für eine bewusstseinsferne quälende Schmerzsymptomatik bestehe. Das hier erhobene psychiatrische Bild sei zusammengefasst nicht derart ausgeprägt, dass dadurch die Gestaltungsfähigkeit des Alltags, die psychische Erlebnissfähigkeit oder die Partizipationsfähigkeit in einer Arbeitstätigkeit wesentlich beeinträchtigt

wären. Es gelinge der Beschwerdeführerin durchaus, den Alltag ihren Bedürfnissen entsprechend zu gestalten, Kontakte zu pflegen und Reisen zu unternehmen. Eine möglichst rasche Aufnahme einer Arbeitstätigkeit sei auch aus therapeutischer Sicht bei zu erwartenden positiven Effekten auf die Tagesstruktur und das Selbstwertgefühl zu empfehlen. Die Fortsetzung der ambulant psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei weiterhin sinnvoll. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten und jedweder vergleichbaren Tätigkeit (AB 119.1 S. 49 Ziff. 2.6.4). Die Gutachter attestierten aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder auch in einer anderen körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit (AB 119.1 S. 49 f. Ziff. 3).

3.1.2 Vom 19. Mai bis 8. August 2014 hielt sich die Beschwerdeführerin zur stationären Behandlung in der Klinik E._____ auf (AB 132 S. 2). Von diesem Klinikaufenthalt hatte die Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 27. Juni 2014 (AB 128) keine Kenntnis gehabt, weshalb dieser im vorliegend streitigen Revisionsverfahren zu berücksichtigen ist (vgl. BGer 9C_262/2019, E. 4.3 f., und prozessleitende Verfügung vom 16. Juli 2021, S. 1 f. Ziff. 1 und 3.1; vgl. E. 3.2.1 hiernach).

3.2 Hinsichtlich der Verfügung vom 23. Januar 2018 (AB 197) präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.2.1 Im Bericht vom 8. Dezember 2015 (AB 132 S. 2 f.) diagnostizierte Dr. med. I._____, Praktische Ärztin sowie stellvertretende Oberärztin in der Klinik E._____, eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradiger depressiver Episode und somatischem Syndrom sowie einem chronischen Schmerzsyndrom und eine Dysthymie im Sinne einer Double Depression (Verdachtsdiagnose). Im geschützten stationären Rahmen sei es zwar zu einer deutlichen Besserung der depressiven Symptomatik, bei Wochenendbeurlaubungen in der eigenen Wohnung jedoch immer wieder zu depressiven Einbrüchen, Blockaden und Antriebsdefiziten gekommen. Die nach wie vor deutlich reduzierte psychische und physische Belastbarkeit habe sich bereits bei kleinsten Belastungen gezeigt (AB 132 S. 2). Aus

psychiatrischer Sicht habe von Mai 2014 bis Herbst 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aktuell sei eine Tätigkeit von mehr als 50 % nicht zumutbar. Die Beschwerdeführerin werde seit dem Austritt im August 2014 ambulant betreut (wöchentliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sowie Reittherapie; AB 132 S. 3).

3.2.2 Im psychiatrischen Gutachten der MEDAS vom 12. Mai 2016 (AB 149.1) wurde als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0) festgehalten (AB 149.1 S. 22 Ziff. 6.IV.2). Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung ergäben sich anhand des hiesigen Befunds und der Biografie nicht (AB 149.1 S. 21 Ziff. 6.II.7). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit dem massgebenden Vergleichszeitpunkt vom 19. November 2013 (letzte psychiatrische Untersuchung; vgl. AB 119.1 S. 2 und 41 ff.) nicht wesentlich verändert (AB 149.1 S. 19 Ziff. 6.I.1). Sowohl in der bislang ausgeübten als auch jedweder anderen Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (AB 149.1 S. 24 Ziff. 6.VII.1).

3.2.3 Stellung nehmend dazu hielt Dr. med. I. _____ am 10. Juni 2016 fest, dass die vom psychiatrischen Gutachter der MEDAS diagnostizierte leichte depressive Episode nicht im Einklang mit den ICD-10-Kriterien stehe (AB 155 S. 5). Bei der Beschwerdeführerin liege inzwischen eine chronifizierte depressive Störung (ICD-10 F33) vor. In den letzten Jahren habe trotz der intensiven und leitliniengerechten Behandlung keine Vollremission mehr erreicht werden können und sei auch in Zukunft prognostisch nicht zu erwarten. Die Ausprägung der depressiven Symptomatik sei zwar schwankend und könne auch mal leichtgradig sein, was bei chronifizierten depressiven Störungen bekannt sei, jedoch bleibe es bei einer alltags- und berufsrelevanten, massiven Einschränkung der psychophysischen Leistungsfähigkeit (AB 155 S. 7). Weiter sei entgegen dem psychiatrischen Gutachter der MEDAS keine selbständige Alltagsbewältigung gegeben, die Beschwerdeführerin bedürfe zur Bewältigung ihres Alltages nach wie vor externer Unterstützung (Spitex, Therapien; AB 155 S. 8).

3.2.4 Der Hausarzt, Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Allergologie und klinische Immunologie, führte im Bericht vom 28. Juni 2016 (AB 155 S. 3 f.) aus, dass bei der Beschwerdeführerin

eine rezidivierende, über viele Jahre zunehmende und chronisch verlaufende depressive Störung vorliege, wobei es vor allem in den letzten Jahren zu mittelschweren bis schweren Episoden, auch begleitet von somatischen Störungen gekommen sei. Der Verlauf zeige auch, dass es regelmässig zu Dekompensationen komme, teilweise ohne Grund, teilweise aber auch im Zusammenhang mit den somatischen Erkrankungen. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von max. 50 % mit einer Leistungseinschränkung, dies in einem geschützten Rahmen. Dabei seien körperliche Einsätze aufgrund der orthopädischen Behinderungen ausgeschlossen (AB 155 S. 3 Ziff. 1).

3.2.5 In der auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IVB (vgl. AB 159 S. 7 f.) eingeholten Stellungnahme vom 10. Januar 2017 (AB 166) hielt der psychiatrische Gutachter der MEDAS fest, dass die Berichte der Klinik E._____ und des Hausarztes allenfalls andere Meinungen repräsentierten, welche aufgrund der gutachterlich erhobenen objektiven Befunde nicht hinreichend bestätigt werden könnten (AB 166 S. 8).

3.2.6 Dr. med. I._____, nunmehr beim psychiatrischen Dienst K._____, diagnostizierte im Bericht vom 13. April 2017 (AB 175) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine anankastische und selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5/F60.6), eine rezidivierende depressive Störung, inzwischen chronifizierter Verlauf mit mittelschweren bis schweren Episoden und somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1/2; seit über 10 Jahren), eine Dysthymie im Sinne einer Double Depression (ICD-10 F34.1; seit über 10 Jahren) sowie ein chronisches Schmerzsyndrom (seit 10 bis 15 Jahren; AB 175 S. 3 Ziff. 3). Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % vom 1. Januar 2017 bis auf weiteres (AB 175 S. 4 Ziff. 11). Zumutbar seien körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten (wechselbelastend zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, mit minimaler Stressbelastung, ohne Druck) zu maximal zwei bis drei Stunden pro Tag (AB 175 S. 5 Ziff. 14). Der Beschwerdeführerin stünden aufgrund der chronifizierten Depression und der Persönlichkeitsstörungen kaum Ressourcen zur Verfügung. Schon bei kleinen Belastungen (wie z.B. Termin beim Sozialamt, Steuererklärung abgeben, Bewerbungsschreiben versenden) sei die Beschwerdeführerin rasch überfordert und reagiere mit Symptomen wie

Schlafstörungen, unüberwindbarer Müdigkeit mit "Tagesschläfchen", Kopfschmerzen, Zunahme der körperlichen Beschwerden und allergischen Symptomen (AB 175 S. 6 Ziff. 15.8).

3.2.7 Der Hausarzt Dr. med. J._____ führte im Verlaufsbericht vom 24. April 2017 (AB 177 S. 2) aus, es sei im Verlauf zu einer zunehmenden depressiven Dekompensation mit einem längeren Klinikaufenthalt in der Klinik E._____ gekommen. Nach dem Austritt habe ein sehr labiles psychisches Gleichgewicht persistiert, welches nur durch vielschichtige, regelmässige therapeutische Interventionen von Seiten der Psychiatrie, der Inneren Medizin (Hausarztpraxis), durch diverse ergänzende Therapien (Reittherapie, Körpertherapie etc.) sowie durch eine medikamentöse anti-depressive Behandlung knapp habe aufrechterhalten werden können. Die Beschwerdeführerin sei mit ihrer medizinisch-psychiatrischen Gesamtproblematik im ersten Arbeitsmarkt nicht einsetzbar.

3.2.8 Dr. med. F._____ diagnostizierte in dem im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstellten Gutachten vom 25. August 2017 (AB 189.1) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, ängstlichen und zwanghaften Anteilen (ICD-10 F61) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) sowie eine anhaltende depressive Störung im Sinne einer Dysthymie (ICD-10 F34.1), in der Gesamtschau als doppelte Depression (Double Depression) imponierend (AB 189.1 S. 23 Ziff. 7.2). Der Krankheitsverlauf sei geprägt von einer sukzessiven Verschlechterung, aber auch Chronifizierung der psychischen Leiden. Die ängstlich vermeidenden, unsicheren, aber auch zwanghaften Persönlichkeitsmerkmale hätten hierbei den Boden für eine anhaltende depressive Entwicklung mit immer wiederkehrenden auch depressiven Krisen bereitet (AB 189.1 S. 18 f. Ziff. 7.1). Aufgrund der aktuellen psychiatrischen Störungsbilder bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, dies vermutlich seit Januar 2012 bzw. zumindest seit Mai 2014 (AB 189.1 S. 25 Ziff. 7.3.3 und S. 29 Ziff. 8.6). Zumutbar sei dagegen eine angepasste Tätigkeit im geschützten Rahmen zu 50 % (AB 189.1 S. 29 Ziff. 8.6).

3.2.9 In dem zuhanden der Beschwerdegegnerin erstatteten Gutachten vom 8. November 2017 (AB 191.1) hielt lic. phil. G. _____ als Diagnose leichte kognitive Funktionsbeeinträchtigungen, mit hoher Wahrscheinlichkeit als Begleiterscheinung von Schmerzerleben und psychopathologischen Beeinträchtigungen, fest (AB 191.1 S. 16 Ziff. III.3). In einer Verweistätigkeit (mit geringen Anforderungen an die kognitive Leistungsfähigkeit) wäre aus rein neuropsychologischer Sicht mit einer geringen Einschränkung der qualitativen Leistungsfähigkeit zu rechnen. Einschränkungen der qualitativen Arbeitsfähigkeit und der zeitlichen Zumutbarkeit müssten jedoch von den hierfür zuständigen Fachärzten beurteilt werden (AB 191.1 S. 19 Ziff. VI.18).

3.2.10 Mit Bericht vom 10. Januar 2018 (AB 195 S. 4 f.) bekräftigte Dr. med. I. _____ die im Bericht vom 8. Dezember 2015 (AB 132 S. 2 f.) gemachten Ausführungen (AB 195 S. 5).

3.2.11 Zur Klärung der gemäss Bundesgericht offenen Fragen (vgl. BGer 9C_262/2019, E. 6) holte die Instruktionsrichterin bei Dr. med. H. _____ ein psychiatrisches Gerichtsgutachten ein (vgl. prozessleitende Verfügung vom 16. Juli 2021, S. 1 f. Ziff. 1). Dr. med. H. _____ hielt im Gerichtsgutachten vom 28. Februar 2022 (in den Gerichtsakten) als Diagnosen eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) und akzentuierte Persönlichkeitseigenschaften fest (S. 33 Ziff. 6). Im Rückblick seien keine abgrenzbaren klaren depressiven Episoden einer rezidivierenden depressiven Störung als eigenständiges Krankheitsbild mit dazwischenliegenden symptomfreien Intervallen und einer guten antidepressiv pharmakologischen Behandelbarkeit zu erkennen, aber im Zusammenhang mit der anhaltenden Dysthymie und der missmutigen Stimmung möge es selbstredend bestimmte Zeiten gegeben haben, in welchen die deskriptiven Kriterien für das Vorliegen einer affektiven Störung im Sinne einer depressiven Episode erfüllt gewesen seien (S. 34 Ziff. 7.1). Trotz der Diagnosestellung der rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) in verschiedenen ärztlichen Dokumenten, welche gewissenhaft zur Kenntnis genommen worden seien, sei das eigenständige und typisch identifizierbare Krankheitsbild einer affektiven Störung mit wiederkehrenden Episoden nicht zu erkennen. Von dieser Erkrankung Betroffene machten nach einer Erstmanifestation einer depressi-

ven Episode (welche dann typische Kriterien einer deutlichen depressiven Erkrankung erfülle, früher als "major depression" bezeichnet) einen Verlauf durch, welcher durch klar abgrenzbare depressive Episoden gekennzeichnet sei. Diese gingen über einige Wochen, Monate, in einzelnen Fällen auch Jahre, seien jedoch grundsätzlich insbesondere bei kürzerem Verlauf sehr gut psychopharmakologischen Ansätzen zugänglich, gingen teilweise mit stationärer Behandlungsbedürftigkeit einher und beinhalteten die Tendenz zur Besserung und Remission (Zurückschicken von Symptomatik). Grundsätzlich dürfe angenommen werden, dass eine depressive Episode immer als behandelbar gelte. Es bestehe die Hoffnung, symptomfrei zu werden, was sogar auch durch einen spontanen Verlauf dieser Erkrankung belegt sei (S. 35 Ziff. 7.1).

Zur Abgrenzung von Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitseigenschaften und -akzentuierungen führte der Gerichtsgutachter aus, dass sich eine Persönlichkeitsstörung über den gesamten Lebensverlauf äussere; ein wichtiges Kriterium sei das Manifestationsalter "im frühen Erwachsenenalter". Von Persönlichkeitsstörungen betroffene Menschen hätten ausserdem einen deutlichen Leidensdruck seit Jugendjahren, welcher sie durch Persönlichkeitseigenschaften mit Krankheitswert in sämtlichen Lebensbereichen einschränke. Die im ICD-10 beschriebenen Typen von Persönlichkeitsstörungen seien mit einem derartigen Krankheitswert belegt, dass die betroffenen Menschen deutlich über die gesamten Jahre ihres erwachsenen Lebens betroffen seien. Bei der Beschwerdeführerin sei es jedoch zu einer angemessenen Ausbildung und einer guten Arbeitstätigkeit gekommen. Auch im Privatbereich liessen sich für die früheren Jahre durchaus soziale Kontakte, Beziehungsaufnahmen und eine im Ansatz normale Entwicklung ohne durchgehenden Leidenswert an den eigenen Persönlichkeitseigenschaften eruieren. Wenn nun später über den Verlauf (erst) der vergangenen Jahre sowohl im Bereich der Arbeitstätigkeit als auch im Bereich der persönlichen Entwicklung und der Beziehungen Schwierigkeiten aufgetreten seien, so werde im Unterschied zum Vorgutachter Dr. med. F. _____ hier nicht von einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung ausgegangen - erst etwa ab dem 50. Lebensjahr aufgetreten - (S. 37 Ziff. 7.1). In der Zusammenschau sei von einer pathologischen Kombination von Persönlichkeitsakzentuierung, Dysthymie und körperlichen Be-

schwerden auszugehen, welche die Beschwerdeführerin einschränke (S. 38 Ziff. 7.1).

Die Tätigkeit im erlernten Beruf als ... (...) sei aus psychiatrischer Sicht nicht mehr zumutbar (S. 40 Ziff. 8.1). Hingegen bestehe in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit (in der ... oder im ...) eine Arbeitsfähigkeit von 66 %, ohne Minderung der Leistungsfähigkeit (S. 41 Ziff. 8.2). Betreffend den Verlauf der Arbeitsfähigkeit sah der Gerichtsgutachter eine vergleichbare Einschätzung für die zurückliegenden Jahre; die akzentuierten Persönlichkeitseigenschaften und die Dysthymie seien Faktoren, die seit Jahrzehnten bestünden (S. 42 Ziff. 8.2). Der psychische Gesundheitszustand habe sich seit dem massgebenden Vergleichszeitpunkt (Verfügung vom 27. Juni 2014; vgl. E. 3 hiavor) nicht wesentlich verändert (S. 43 Ziff. 8.4.1). An der generellen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten ändere auch die stationäre Behandlung in der Klinik E._____ im Sommer 2014 nichts. Tatsächlich sei bei der Dysthymie - und der unterschiedlich ausgeprägten situativ, reaktiven Depressivität - auch eine stationäre Behandlung sinnvoll. In der Klinik E._____ seien zum damaligen Zeitpunkt eine rezidivierende depressive Störung sowie der Verdacht auf eine Dysthymie diagnostiziert und auch ein chronisches Schmerzsyndrom deskriptiv benannt worden, was sich mit der aktuellen gutachterlichen Gesamteinschätzung vereinbaren lasse (S. 43 Ziff. 8.4.2).

Zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung der Vorgutachter führte der Gerichtsgutachter aus, dass die im Gutachten der MEDAS vom 3. Februar 2014 (AB 119.1) attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % bei Integration der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin auch heute noch nachvollzogen werden könne (S. 44 Ziff. 5), wogegen er die im Gutachten der MEDAS vom 12. Mai 2016 (AB 149.1) angenommene Arbeitsfähigkeit von 100 % in jeglicher Tätigkeit als zu optimistisch einschätze. Die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch Dr. med. F._____ vom 25. August 2017, wonach die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig sei (AB 189.1 S. 25 Ziff. 7.3.3 und S. 29 Ziff. 8.6), habe dagegen die versicherungsmedizinisch relevanten krankheitsfremden Faktoren zu wenig berücksichtigt. Selbst die dieser Beurteilung zugrunde liegende kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, ängstlichen und zwanghaften Anteilen (ICD-10 F61) würde grundsätzlich nicht zu

einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führen, da davon Betroffene nach (manchmal erschwerter) Aufnahme einer Tätigkeit diese sogar häufig überaus zuverlässig und "ordentlich" erbringen. Dabei lasse sich aktuell der Anteil Selbstunsicherheit nicht nachvollziehen. Die aktuelle zweimalige Untersuchung im November und Dezember 2021 habe jedenfalls keine im Selbstwert geminderte verunsicherte Beschwerdeführerin, sondern eher eine unterschwellig fordernde, von Anbeginn vorwürfliche, dysthyme mürrische und "verbitterte" Grundhaltung gezeigt, welche nicht einer Selbstwertminderung, einer Einschätzung der eigenen Schwäche oder Unfähigkeit entsprochen habe. Was die neuropsychologische Begutachtung durch lic. phil. G. _____ vom 8. November 2017 angehe, so habe diese leichte kognitive Funktionsbeeinträchtigungen, mit hoher Wahrscheinlichkeit als Begleiterscheinung von Schmerzerleben und psychopathologischen Beeinträchtigungen, ergeben (AB 191.1 S. 16 Ziff. III.3), womit sich eine weitergehende Minderung der Arbeitsfähigkeit nicht begründen lasse (Gerichtsgutachten, S. 45 Ziff. 5).

3.2.12 In der Stellungnahme vom 11. Juli 2022 (in den Gerichtsakten) bestätigte Dr. med. H. _____ die im Gerichtsgutachten gemachten Ausführungen zum Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung und ergänzte, dass die klinisch psychiatrische Diagnosestellung wesentlich sei und nicht alleine das Bemerken, zu bestimmten Zeiten seien womöglich auch die Kriterien einer depressiven Episode erfüllt gewesen (S. 2 Ziff. 1). Was die im Gutachten von Dr. med. F. _____ festgehaltenen depressiven Episoden angehe, sei der Beschrieb durch Dr. med. F. _____ für den Rückschluss auf die diagnostische Zuordnung einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) nicht ausreichend. Dazu verwies Dr. med. H. _____ auf seine im Gerichtsgutachten gemachte diagnostische Einschätzung (S. 2 f. Ziff. 2).

Sodann könne die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin als Kind einen Kinderpsychiater habe aufsuchen müssen, sich in der Schule gemobbt gefühlt habe und ein Schuljahr habe wiederholen müssen, nicht als Hinweis auf eine Persönlichkeitsstörung als eine krankheitswertige primär psychische Störung gemäss ICD-10 verstanden werden. Ein Besuch beim Kinder- und Jugendpsychiater könne aus sehr unterschiedlichen Gründen erfolgen.

Das Gefühl, in der Schule gemobbt zu werden, sei auch Variablen externer Natur (bspw. Klassengemeinschaft, Lehrerverhalten, Interaktion zwischen Eltern und anderen Mitschülerinnen und -schülern) zugänglich und könne keinesfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit oder sogar Ausschliesslichkeit den Persönlichkeitseigenschaften der Beschwerdeführerin zugeordnet werden. Wie im Gerichtsgutachten dargelegt, seien bei der Beschwerdeführerin die Persönlichkeitsakzentuierung mit "Verbitterung" und die Dysthymie zusammengekommen (S. 3 Ziff. 1). Diese könnten im Verlauf des Lebens ausgeprägter werden. Es könne dann über den Verlauf eine "Aggravation", also auch das verstärkte Ausdrucksverhalten entsprechender akzentuierter Persönlichkeitseigenschaften und der Dysthymie beobachtet werden (S. 4 f. Ziff. 4).

3.3

3.3.1 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3.3 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach konstanter Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Experten ab, deren Aufgabe gerade darin besteht, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist, von unzutreffenden Sachverhaltshypothesen ausgeht (BGE 119 V 335 E. 4c S. 346; SVR 2018 UV Nr. 26 S. 92 E. 4.1) oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann zudem gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b aa S. 352; SVR 2019 IV Nr. 67 S. 217 E. 3.3).

3.4

3.4.1 Das Bundesgericht hat im Entscheid BGer 9C_262/2019, E. 6, erkannt, dass das psychiatrische Gutachten der MEDAS vom 12. Mai 2016 samt ergänzender Stellungnahmen vom 10. Januar 2017 und 9. Juni 2017 (AB 149.1, AB 166, AB 179), worauf sich die Verfügung vom 23. Januar 2018 (AB 197) stützt, nicht beweismässig ist. Zunächst hätten dem psychiatrischen Gutachter der MEDAS während der Exploration offenkundig keine Akten ab Juli 2013 zur Verfügung gestanden; dieser Mangel wiege schwer (BGer 9C_262/2019, E. 6.1). Sodann habe der Gutachter weder in der Expertise vom 12. Mai 2016 noch in der ergänzenden Stellungnahme vom 10. Januar 2017 nachvollziehbar dargelegt, weshalb der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 27. Juni 2014 (AB 128) trotz stationärer und ambulanter Therapie durchgehend unverändert geblieben sein soll; es fehle eine hinreichende Auseinandersetzung mit dem von Dr. med. I. _____ beschriebenen Verlauf des Gesundheitszustands (BGer 9C_262/2019, E. 6.2.1). Das Bundesgericht wies die Sache zur erneuten Prüfung der Frage des Vorliegens eines Revisionsgrundes an das Verwaltungsgericht zurück (E. 7).

3.4.2 Das aufgrund dieses Rückweisungsentscheids eingeholte psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. H. _____ vom 28. Februar 2022 samt Ergänzung vom 11. Juli 2022 erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) und genügt auch den revisionsrechtlichen Ansprüchen (vgl. SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1). Die darin enthaltenen Feststellungen und Ausführungen beruhen auf eingehenden Untersuchungen (vom 18. November sowie 17. Dezember 2021; vgl. Gerichtsgutachten, S. 23 bis 32 Ziff. 3 f.) und sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten (insbesondere der Berichte von Dr. med. I. _____ vom 8. Dezember 2015, 10. Juni 2016 und 13. April 2017; vgl. Gerichtsgutachten, S. 18 bis 21 Ziff. 2; vgl. E. 3.4.1 hiervor) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Gestützt darauf hat der Gerichtsgutachter die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand (und dessen Verlauf) sowie zur medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet dargestellt. Damit kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu, so dass darauf abzustellen ist.

Der Gerichtsgutachter hat unter sorgfältiger Anamnese- und Befunderhebung (Gerichtsgutachten, S. 5 bis 32 Ziff. 2 bis 4) schlüssig und nachvollziehbar aufgezeigt, dass die Beschwerdeführerin an einer Dysthymie (ICD-10 F34.1) leidet und über akzentuierte Persönlichkeitseigenschaften (ICD-10 Z73.1) verfügt (S. 33 Ziff. 6) und infolge dessen eine Arbeitsfähigkeit von 66 % ohne Minderung der Leistungsfähigkeit für eine körperlich leichte, angepasste Tätigkeit (in der ... oder im ...) besteht (S. 40 f. Ziff. 8.2); die Tätigkeit im erlernten Beruf als ... (...) sei aus psychiatrischer Sicht nicht mehr zumutbar (S. 40 Ziff. 8.1). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich aus der Kombination einer gekränkten und "verbitterten" Persönlichkeitsakzentuierung mit einer Dysthymie und einer psychischen Verstärkung der körperlichen Beschwerden (S. 38 Ziff. 7.1). Gemäss dem Gerichtsgutachter haben sich der Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit seit dem massgebenden Vergleichszeitpunkt nicht wesentlich verändert (S. 42 f. Ziff. 8.2 und 8.4.1).

3.4.3 Hieran vermögen die Berichte der behandelnden Ärztin Dr. med. I. _____ vom 8. Dezember 2015, 10. Juni 2016, 13. April 2017 und 10. Januar 2018 (AB 132 S. 2, AB 155 S. 7, AB 175 S. 3 Ziff. 3, AB 195 S. 5) sowie das Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 25. August 2017 (AB 189.1 S. 23 Ziff. 7.2) keine Zweifel zu begründen. Zunächst hat der Gerichtsgutachter überzeugend und einlässlich dargelegt, weshalb gestützt auf die medizinischen Akten bzw. mit Blick auf die frühere Befunderhebung zu keinem Zeitpunkt die diagnostischen Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung erfüllt gewesen seien. Im Rückblick seien keine abgrenzbaren klaren depressiven Episoden einer rezidivierenden depressiven Störung zu erkennen (Gerichtsgutachten, S. 34 f. Ziff. 7.1). Weiter hat der Gerichtsgutachter nachvollziehbar aufgezeigt, dass im Zusammenhang mit der anhaltenden Dysthymie - und insoweit übereinstimmend mit den Diagnosestellungen der Dres. med. I. _____ (Dysthymie im Sinne einer Double Depression, zunächst als Verdachtsdiagnose; AB 132 S. 2, AB 175 S. 3 Ziff. 3) und F. _____ (eine anhaltende depressive Störung im Sinne einer Dysthymie; AB 189.1 S. 23 Ziff. 7.2) - durchaus Zeiten gegeben haben könne, in denen die deskriptiven Kriterien für das Vorliegen einer affektiven Störung im Sinne einer depressiven Episode erfüllt gewesen seien (Gerichtsgutachten, S. 34 Ziff. 7.1). Dafür sei die stationäre Behandlung in der Klinik E. _____ sinnvoll gewesen, vermöge aber nichts an der Diagnose einer Dysthymie oder an der generellen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten zu ändern (S. 43 Ziff. 8.4.2).

Was die von Dr. med. I. _____ und vom Gutachter Dr. med. F. _____ diagnostizierte Persönlichkeitsstörung (AB 175 S. 3 Ziff. 3, AB 189.1 S. 23 Ziff. 7.2) angeht, so hat der Gerichtsgutachter das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung schlüssig verneint. Er hat ausführlich und nachvollziehbar dargelegt, dass die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung, wonach diese in der Regel in der Kindheit oder Jugend beginnt, sich auf Dauer im Erwachsenenalter manifestiert und meistens zu deutlichen Einschränkungen in den privaten, sozialen und beruflichen Funktionsbereichen führt (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 276 f.), bei der Beschwerdeführerin nicht erfüllt seien (Gerichtsgutachten, S. 37 Ziff. 7.1). Vorliegend indizieren weder der

schulische bzw. berufliche Werdegang (Primar- und Sekundarschule, ... als ..., ... und die verschiedenen, mehrere Jahre dauernden Anstellungen; AB 89 S. 2 f., AB 90 S. 2 ff.) noch das allgemeine Beziehungsverhalten (zu Freunden, Familie, früheren Partnern) oder das Verhalten der Beschwerdeführerin in der Untersuchung ein sich seit der Kindheit bzw. Jugend manifestiertes, deutlich normabweichendes Verhaltensmuster, welches in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen geführt hätte. Daran ändert auch die von der Beschwerdeführerin erwähnte Konsultation des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes nichts, stand doch diese im Zusammenhang mit ungenügenden schulischen Leistungen, welche zur Wiederholung einer Klasse führten (Gerichtsgutachten, S. 26 Ziff. 3.2). Die Beschwerdeführerin durchlief gemäss dem Gerichtsgutachter eine im Ansatz normale Entwicklung ohne durchgehenden Leidenswert (Gerichtsgutachten, S. 37 Ziff. 7.1). Es verwundert denn auch, dass Dr. med. I. _____ diese Diagnose erst nach mehreren Jahren Therapie (vgl. AB 132 S. 2 und AB 175 S. 3 Ziff. 3) bzw. in früheren Berichten nie gestellt hat. Der Gerichtsgutachter hat sodann nachvollziehbar erklärt, dass bei der Beschwerdeführerin akzentuierte Persönlichkeitseigenschaften vorlägen, die im Gegensatz zu Persönlichkeitsstörungen keinen Krankheitswert besässen (Gerichtsgutachten, S. 37 Ziff. 7.1). Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die Diagnose der akzentuierten Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) als sogenannte ICD-10-Z-Kodierung keine rechtserhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung darstellt (Entscheid des BGer vom 18. Juni 2019, 8C_821/2018, E. 6.1.1).

In Bezug auf das von Dr. med. I. _____ diagnostizierte chronische Schmerzsyndrom (bestehend seit mindestens zehn Jahren; AB 175 S. 3 Ziff. 3) sowie auf die von ihr und auch vom Gutachter Dr. med. F. _____ attestierte, vermutlich seit Januar 2012 bzw. seit mindestens Mai 2014 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit (AB 132 S. 3, AB 189.1 S. 25 Ziff. 7.3.3 und S. 29 Ziff. 8.6), ist festzuhalten, dass für eine Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustandes (im Sinne eines Revisionsgrundes) eine attestierte höhere Arbeitsunfähigkeit oder eine abweichende Diagnose allein nicht ausreicht. Notwendig ist vielmehr eine seit dem Referenzzeitpunkt (hier: 27. Juni 2014; AB 128) veränderte Befundlage (vgl.

Entscheid des BGer vom 27. Juni 2019, 9C_27/2019, E. 4.2). Eine solche ist hier nicht ersichtlich. Der Gerichtsgutachter hat mit einlässlicher und überzeugender Begründung dargelegt, dass die damals erhobenen Befunde weiterhin zutreffend seien bzw. keine neuen psychiatrischen Befunde vorlägen. Betreffend den Verlauf der Arbeitsfähigkeit sah er eine vergleichbare Einschätzung für die zurückliegenden Jahre; die akzentuierten Persönlichkeitseigenschaften und die Dysthymie seien Faktoren, die seit Jahrzehnten bestünden (Gerichtsgutachten, S. 42 Ziff. 8.2). Stimmig in dieses Bild fügt sich denn auch der Vergleich der Ausführungen zum psychiatrischen Befund im Gerichtsgutachten (S. 29 ff. Ziff. 4) mit denjenigen im Gutachten der MEDAS vom 3. Februar 2014 (unter dem Titel "Psychiatrische Beurteilung"; AB 119.1 S. 48 f. Ziff. 2.6.4) ein. Infolgedessen handelt es sich bei der Beurteilung durch den Gerichtsgutachter - im Vergleich zu den Beurteilungen durch Dr. med. I._____, Dr. med. F._____ wie auch durch die Gutachter der MEDAS im Gutachten vom 3. Februar 2014 - lediglich um eine im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtliche unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts (vgl. 2.5.3 hiavor). Daran vermag auch die - revisionsrechtlich zu berücksichtigende (vgl. BGer 9C_262/2019, E. 4.3 f.) - stationäre Behandlung in der Klinik E._____ im Jahr 2014 nichts zu ändern, da sie weniger als drei Monate gedauert hat (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV).

Ergänzend ist zu erwähnen, dass im Gutachten der MEDAS vom 3. Februar 2014 - entgegen der Annahme des Gerichtsgutachters - eine Arbeitsfähigkeit von 100 % und nicht eine solche von 70 % attestiert wurde (AB 119.1 S. 49 f. Ziff. 2.6.4 und 3). Die vom Gerichtsgutachter herangezogene Aussage, die Arbeitsfähigkeit habe damals 70 % "bei Integration der Persönlichkeit" betragen (Gerichtsgutachten, S. 44 Ziff. 5) findet sich vielmehr im Bericht des Hausarztes Dr. med. J._____ vom 15. Juni 2012 (AB 77 S. 6) und wurde von den Gutachtern der MEDAS als nicht (mehr) haltbar bezeichnet (AB 119.1 S. 50 f. Ziff. 3).

3.4.4 Auch die Berichte des Hausarztes Dr. med. J._____ vom 28. Juni 2016 und 24. April 2017 (AB 155 S. 3 f., AB 177 S. 2) vermögen die Beweiskraft des psychiatrischen Gerichtsgutachtens vom 28. Februar 2022 (samt Ergänzung vom 11. Juli 2022) nicht in Frage zu stellen.

Zunächst enthalten sie keine wesentlich neuen Aspekte oder Elemente, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch den Gerichtsgutachter unberücksichtigt geblieben wären (vgl. Gerichtsgutachten, S. 20 f. Ziff. 2). Bezüglich der vom Hausarzt gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (AB 155 S. 3 Ziff. 1) hat der Gerichtsgutachter, wie bereits dargelegt (vgl. E. 3.4.3 hiervor), einleuchtend aufgezeigt, dass und weshalb die entsprechenden diagnostischen Kriterien nicht erfüllt sind bzw. von einer Dysthymie auszugehen ist. In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, dass Dr. med. J. _____ als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Allergologie und klinische Immunologie nur beschränkt über die für die Beurteilung des vorliegenden psychischen Gesundheitszustandes und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erforderliche Fachkompetenz verfügt, weshalb auf seine diesbezügliche Einschätzung nicht unbesehen abgestellt werden kann.

3.4.5 In neuropsychologischer Hinsicht konnte der Gutachter lic. phil. G. _____ im Gutachten vom 8. November 2017 (AB 191.1) lediglich leichte kognitive Funktionsbeeinträchtigungen, mit hoher Wahrscheinlichkeit als Begleiterscheinung von Schmerzerleben und psychopathologischen Beeinträchtigungen, feststellen (AB 191.1 S. 16 Ziff. III.3), woraus sich aus gerichtsgutachterlicher Sicht keine weitergehende Minderung der Arbeitsfähigkeit begründen lasse (Gerichtsgutachten, S. 45 Ziff. 5).

3.4.6 Schliesslich vermag auch der Einwand der Beschwerdeführerin hinsichtlich der Persönlichkeitsstörung (vgl. deren Stellungnahme vom 10. August 2022; in den Gerichtsakten) an der gerichtsgutachterlichen Beurteilung nichts zu ändern. Der Gerichtsgutachter nahm, wie bereits dargelegt (vgl. E. 3.2.11 f. und 3.4.3 hiervor), in ausführlicher und nachvollziehbarer Weise Stellung zur früher gestellten Diagnose einer Persönlichkeitsstörung und begründete sowohl im Gerichtsgutachten als auch in dessen Ergänzung vom 11. Juli 2022 (S. 3 ff. Ziff. 1 ff.) einlässlich, weshalb eine solche Diagnose nicht bestätigt werden könne.

3.4.7 In somatischer Hinsicht ergeben sich aus den Akten keine Anhaltspunkte für eine anspruchserhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes im massgeblichen Vergleichszeitraum. Eine solche wird denn auch nicht geltend gemacht.

3.5 Aus den vorstehenden Ausführungen ergibt sich, dass im massgeblichen Vergleichszeitraum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine revisionsrechtlich erhebliche Veränderung bzw. Verschlechterung des (psychischen und somatischen) Gesundheitszustandes eingetreten ist.

Weil es damit an einem Revisionsgrund fehlt und ein solcher auch in erwerblicher Hinsicht nicht gegeben ist, bleibt kein Raum für eine in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassende Prüfung des Rentenanspruchs (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

4.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 23. Januar 2018 (AB 197) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 82a ATSG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Streitgegenstand im vorliegenden Verfahren ist nach wie vor die Verfügung vom 23. Januar 2018 (IV/2018/159; AB 197; E. 1.2 hiervor); seit deren Erlass ist von einem einzigen kantonalen Verfahren auszugehen (vgl. Entscheid des BGer vom 31. März 2015, 8C_309/2014, E. 3.3.2). Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege ist sie - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessord-

nung, ZPO; SR 272) - jedoch von der Zahlungspflicht zu befreien (Art. 113 VRPG).

5.2 Die Kosten eines kantonalen Gerichtsgutachtens können der IV-Stelle nicht systematisch überbunden werden, sondern nur dann, wenn die Abklärungen der Verwaltung lückenhaft oder klar ungenügend waren und das Gerichtsgutachten dazu dienen soll, die Mängel des Verwaltungsverfahrens zu beheben. Es muss also ein Zusammenhang zwischen den Mängeln der administrativen Abklärungen und der Notwendigkeit der Anordnung eines Gerichtsgutachtens bestehen. Dies ist namentlich zu bejahen, wenn die Verwaltung einen offensichtlichen Widerspruch zwischen verschiedenen im Dossier enthaltenen medizinischen Beurteilungen nicht mit objektiver Begründung auflöst, die Verwaltung eine oder mehrere für die Beurteilung bzw. Würdigung der medizinischen Situation notwendigen Fragen offen lässt oder sich die Verwaltung auf ein Gutachten stützt, welches die Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise offensichtlich nicht erfüllt. In diesen Fällen handelt es sich bei den Kosten des Gutachtens um Kosten des Abklärungsverfahrens im Sinne von Art. 45 ATSG (BGE 140 V 70 E. 6.1 S. 75, 139 V 496 E. 4.3 f. S. 501).

Vorliegend waren die Abklärungen der Beschwerdegegnerin nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht rechtsgenügend und mehrere Fragen blieben ungeklärt (vgl. BGer 9C_262/2019, E. 6, und prozessleitende Verfügung vom 16. Juli 2021, S. 1 f. Ziff. 1). Damit besteht ein Zusammenhang zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen. Bei den Kosten des Gerichtsgutachtens vom 28. Februar 2022 inkl. ergänzender Stellungnahme vom 11. Juli 2022 (Fr. 8'050.-- ; Rechnung in den Gerichtsakten) handelt es sich folglich um solche des Abklärungsverfahrens im Sinne von Art. 45 ATSG, welche auf die Verwaltung zu überwälzen sind. Diese Kosten sind deshalb der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung aufzuerlegen.

5.3 Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

5.4 Festzusetzen bleibt indes das amtliche Honorar von Rechtsanwalt C._____.

5.4.1 Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Parteikostenersatz bei gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstellen sowie Rechtsschutzversicherungen, Gewerkschaften und Berufsverbänden aufgrund eines allgemeingültigen pauschalisierten Stundenansatzes festgesetzt, welcher im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert wird. Der Stundenansatz wird je nach fachlicher Qualifikation der Vertretung festgelegt, wobei als fachlich qualifizierte Vertretung diejenige durch Juristinnen und Juristen sowie durch eidgenössisch diplomierte Sozialversicherungsexpertinnen und -experten gilt. Als fachlich nicht qualifizierte Vertretung gelten alle übrigen Parteivertreterinnen und -vertreter (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter www.justice.be.ch). Im Falle der Vertretung durch eine gemeinnützig tätige Rechtsberatungsstelle im Sinne der Rechtsprechung (BGE 135 I 1 E. 7.4.1 S. 4) wird der Stundenansatz bei einer fachlich qualifizierten Vertretung auf Fr. 130.-- und bei einer fachlich nicht qualifizierten Vertretung auf Fr. 80.-- festgelegt.

5.4.2 Die Kostennote von Rechtsanwalt C. _____ vom 30. August 2022 ist nicht zu beanstanden. Gestützt darauf ist das amtliche Honorar auf total Fr. 2'168.45 festzusetzen (Honorar von Fr. 1'917.50 [14.75 Stunden à Fr. 130.--] zuzüglich Auslagen von Fr. 95.90 und Mehrwertsteuer von Fr. 155.05 [7.7% von Fr. 2'013.40]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO - jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

3. Die Kosten für das Gerichtsgutachten von Dr. med. H._____ vom 28. Februar 2022 in der Höhe von Fr. 8'050.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Dem amtlichen Anwalt C._____ wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'168.45 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
 - B._____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Mitzuteilen:

- Dr. med. H._____

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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