

200 21 334 IV  
MAK/IMD/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 15. September 2022**

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Jakob  
Gerichtsschreiber Imhasly

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. April 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1964 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Dezember 2013 unter Hinweis auf einen Unfall vom 5. Juni 2013 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen, holte namentliche die Akten der C. \_\_\_\_\_ ein (AB 6, 21, 24, 37) und veranlasste eine Haushaltsabklärung (Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 19. September 2016 [AB 56 S. 2 ff.]). Mit Vorbescheid vom 29. September 2016 (AB 58) stellte sie bei einem in Anwendung der gemischten Methode (Status: 19 % Erwerb und 81 % Aufgabenbereich Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad von 33 % die Abweisung des Leistungsbegehrens hinsichtlich einer Invalidenrente in Aussicht. Nachdem die Versicherte dagegen opponiert hatte (AB 59), vervollständigte die IVB die Unfallakten (AB 64) und liess den Abklärungsdienst insbesondere zur Statusfrage Stellung nehmen (AB 65). Am 21. Februar 2017 (AB 66) verfügte sie wie angekündigt. Das Verwaltungsgericht des Kantons Bern hiess die dagegen erhobene Beschwerde (AB 67 S. 3 ff.) mit Urteil vom 28. August 2017, IV/2017/322 (AB 72), gut. Es hob die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache zur Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zur Neuverfügung über den Rentenanspruch an die Beschwerdegegnerin zurück.

### **B.**

Nach Aktualisierung der medizinischen Aktenlage veranlasste die IVB eine interdisziplinäre Begutachtung im D. \_\_\_\_\_ (MEDAS; Gutachten vom 31. Oktober 2019 [AB 175.1 - 175.9], Stellungnahme vom 11. Mai 2020 [AB 188]) und eine erneute Haushaltsabklärung (Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 26. Mai 2020 [AB 190 S. 2 ff.]). Mit Vorbescheid vom 16. Juni 2020 (AB 191) stellte sie bei einem wiederum in Anwendung der gemischten Methode (Status: 19 % Erwerb und 81 % Aufgabenbereich Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad von 76 % die Zusprache einer vom 1.

Januar bis zum 31. August 2018 befristeten ganzen Rente in Aussicht. Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (AB 193, 199) sowie diesbezüglichen Stellungnahmen durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 196, 201) und den Abklärungsdienst (AB 203) samt neuem Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 9. Dezember 2020 (AB 204 S. 2 ff.) erliess die IVB einen neuen Vorbescheid vom 11. Dezember 2020 (AB 205). Darin kündigte sie die Zusprache einer vom 1. Januar bis zum 30. September 2018 befristeten ganzen Rente an; dies wiederum bei einem Status von 19 % Erwerb und 81 % Aufgabenbereich Haushalt sowie einem Invaliditätsgrad von 76 %. Die Versicherte erhob auch gegen diesen Vorbescheid Einwände (AB 208), woraufhin die IVB den RAD und den Abklärungsdienst erneut Stellung nehmen liess (AB 210, 212). Am 13. April 2021 verfügte die IVB wie im letzten Vorbescheid angekündigt (AB 214).

### C.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 10. Mai 2021 Beschwerde mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die angefochtene Verfügung vom 13.04.2021 aufzuheben und der Anspruch der Beschwerdeführerin, seit wann rechtens, auf eine ganze Invalidenrente festzustellen.
2. Es sei der Beschwerdeführerin für das vorliegende Beschwerdeverfahren das Recht zur unentgeltlichen Rechtspflege, unter Beordnung des unterzeichnenden Anwalts, zu erteilen.
3. Eventualiter: Es sei die Verfügung vom 13.04.2021 aufzuheben und die Angelegenheit an die Vorinstanz zur Vornahme weiterer Abklärungen zurückzuweisen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Am 19. Mai 2021 liess die Beschwerdeführerin dem Verwaltungsgericht im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege eine Eingabe samt Beilage (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 10) zukommen, welche der Beschwerdegegnerin zugestellt wurde.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Juni 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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 13. April 2021 (AB 214). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung.

In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete Invalidenrente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; SVR 2019 IV Nr. 32 S. 100 E. 3.2; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Folglich

ist der generelle Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung 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** 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.

**2.2** 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.3** 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).

**2.4** 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 von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.5** 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).

Nach aArt. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, der Invaliditätsgrad für diesen Teil nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird der Invaliditätsgrad für diese Tätigkeit nach aArt. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen.

**2.6** 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; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

**2.7** 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 (aArt. 17 Abs. 1 ATSG).

**2.7.1** 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. 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).

**2.7.2** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

**2.7.3** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur

Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

**2.7.4** Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2020 IV Nr. 70 S. 244 E. 4.2.2).

### 3.

**3.1** Die medizinische Aktenlage stellt sich – soweit entscheidungswesentlich – wie folgt dar:

**3.1.1** Dem interdisziplinären (Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Gastroenterologie, Kardiologie, Angiologie, Psychiatrie) MEDAS-Gutachten vom 31. Oktober 2019 (AB 175.1) sind die folgenden Diagnosen zu entnehmen (S. 5 f. Ziff. 4.2):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronisches lumbales Schmerzsyndrom, aktuell ohne radikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom an den unteren Extremitäten
- nach bilateraler recessaler Dekompression und TLIF L4/L5 am 28.02.2018 bei grosser medianer Discushernie L4/L5
- bei degenerativen Veränderungen in den distalen lumbalen Segmenten sowie lumbosakralem Übergangswirbel mit Nearthrose rechts
- leichte rechtskonvexe Skoliose
- St. n. Stolpersturz mit Fusskontusion rechts am 07.06.2013 mit undislozierter Fraktur proximale Phalanx Dig. II und Dig. III Zehe rechts mit konservativer Therapie
- Malum perforans Ferse rechts und Ulcus cruris Achillessehne rechts 4 x 3 cm mit Wunddébridement und Anfrischen der Wundränder am 05.07.2013

- Débridement Ulcus und Achillessehne rechts und VAC-Anlage 16.08.2013
- Débridement Unterschenkel dorsal rechts und Defektdeckung mit Propeller-Lappenplastik Achillessehne rechts am 21.08.2013
- Medial betonte Gonarthrose rechts mehr als links
- Horizontale laterale Meniscusläsion bei Scheibenmeniscus Knie rechts
- Diabetes mellitus Typ I
  - Sensomotorische Polyneuropathie mit deutlichen Zeichen axonaler Schädigung distal an beiden unteren Extremitäten
- Peripher-arterielle Verschlusskrankheit, PVK Stadium II beidseits
  - rechts: PTA der Arteria femoralis superficialis rechts 05.07.2013
  - PTA mit Stenting mit Drug-eluting-Stent A. femoralis superficialis, PTA distaler A. femoralis superficialis, Stenting mit Drug-eluting-Stent Tractus tibiofibularis, PTA mit Drug-eluting-Ballon ab A. tibialis posterior 22.11.2013
  - PTA Stenting mittlere A. femoralis superficialis 02.04.2014
  - aktuell: hochgradige Stenose Tractus tibio-fibularis
  - links: diffuse Arteriosklerose
  - hochgradige Stenose der A. poplitea pars II
- Mediakalkinose Unterschenkel beidseits
- Depressive Störung, leichte Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- St. n. Schnittverletzung Dig. III Hand links 2011
- Zöliakie
- Hashimoto-Thyreoditis
- Adipositas
- Beidseitiges Carpaltunnelsyndrom

Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen hielten die Gutachter in der Konsensbeurteilung fest, aus orthopädischer Sicht liege nach einem Stolpersturz 2013 mit einer Fusskontusion und Frakturen der Phalanx Dig. II und Dig. III des rechten Fusses eigentlich keine wesentliche Einschränkung der Beweglichkeit oder der Belastbarkeit des Fusses vor. Es sei jedoch zu einem Malperforans mit einer offenen Stelle gekommen, die noch immer nicht geheilt sei und nach wie vor eine tägliche Wundversorgung notwendig mache. Des Weiteren bestünden Kniegelenksbeschwerden bei einer medial-betonten Gonarthrose, die zu einer verminderten Belastbarkeit und Beweglichkeit der Kniegelenke führten, sowie Schmerzen im Bereich der lumbalen Wirbelsäule mit einer verminderten Belastbarkeit und Beweglichkeit der Wirbelsäule bei einem lumbalen Schmerzsyndrom und einer medianen Discushernie L4/L5. Es bestehe eine auffallende muskuläre Dysbalance und auch Dekonditionierung der Wirbelsäule. Aus neurologischer Sicht stünden die Einschränkungen durch die

lumbale Problematik im Vordergrund, indem lediglich rückenadaptierte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangshaltungen, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne längeres Gehen sowie Arbeiten auf Leitern und Gerüsten möglich seien. Dies entspreche auch den Einschränkungen von Seiten der Polyneuropathie, wobei diesbezüglich Tätigkeiten mit Kälteexposition zusätzlich nicht geeignet seien. Aus angiologischer Sicht erklärten die Stenosen beidseits eine Wadenclaudicatio mit eingeschränkter Gehstrecke. Aus allgemeininternistischer Sicht sei der Diabetes mellitus Typ I anzuführen, welcher Einfluss auf Arbeiten, bei welchen eine Hypoglykämie vermieden werden müsse, ausschliesse. Die übrigen allgemeininternistisch formulierten Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Aufgrund des psychischen Leidens sei die Versicherte in ihrer psychischen Belastbarkeit etwas eingeschränkt. Zudem sei dem Umstand Rechnung zu tragen, dass somatisch erklärbare Beschwerden durch das depressive Leiden funktionell verstärkt würden (S. 6 f. Ziff. 4.3).

In der Tätigkeit als "...", welche teilweise auch als mittelschwer zu beurteilen sei, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % aufgrund der orthopädischen Einschränkungen und aufgrund der Endorganschädigungen im Rahmen des metabolischen Syndroms. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit im heutigen Ausmass sei auf das Unfalldatum von 2013 festzulegen (S. 8 Ziff. 4.7). In einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit sei die Versicherte zu 70 % arbeitsfähig. Aufgrund des chronischen Schmerzgeschehens sei sie darauf angewiesen, vermehrt Pausen einzulegen. Auch hier sei der Beginn der Arbeitsunfähigkeit im heutigen Ausmass auf den Unfall von 2013 festzulegen (S. 8 Ziff. 4.8).

**3.1.2** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie, berichtete am 1. Februar 2020 (AB 184) über eine notfallmässige Hospitalisation (21. bis 25. Januar 2020) wegen NSTEMI (Nicht-ST-Hebungsinfarkt).

Er stellte die folgenden Diagnosen:

1. Koronare Zweigefässerkrankung, leicht eingeschränkte systolische Globalfunktion des LV bei umschriebener apikaler Hypo- bis Akinese, EF 50 %

- Koronarangiographie und -intervention vom 22.01.2020: Erfolgreiche PTCA und Stent-Einlage einer filiformen Stenose des ostialen RCX (de novo); erfolgreiche PTCA und Stent-Einlage des Marginalastes; insgesamt sehr gutes Langzeitresultat der Re-Intervention des RIVA vom 13.02.2019
- Koronarangiographie und -intervention vom 13.02.2019: Erfolgreiche Re-PTCA von hochgradigen In-Stent-Re-Stenosen des mittleren und des distalen RIVA mit einem Drug-Eluting-Ballon; erfolgreiche PTCA des Diagonalastes
- Re-PTCA einer subtotalen und langstreckigen In-Stent-Re-Stenose des distalen RIVA mit einem Drug-Eluting-Ballon am 26.01.2018
- PTCA und vierfache Stenteinlage des RIVA am 15.03.2017
- 2. Infekt der oberen Luftwege 01/2020
  - Antibiotische Therapie wurde während der Hospitalisation eingeleitet
- 3. Diabetes mellitus Typ 2, insulinpflichtig
  - Suboptimale Kontrolle (HbA1c 8.0 % am 22.01.2020)
- 4. PAVK
  - PTA rechts 2014/2015 (Spital F.\_\_\_\_\_)

Es seien eine Koronarangiographie und -intervention durchgeführt worden. Bei der Patientin mit einer aggressiven koronaren Herzkrankheit (und Diabetes mellitus) sei es zu einer weiteren Progression gekommen. Aktuell finde sich eine subtotale Stenose im Bereich des ostialen RCX (Ramus circumflexus) als Ursache des NSTEMI. Diese habe problemlos dilatiert und mit einer erneuten Stentimplantation behoben werden können. Ferner sei eine signifikante Stenose des Marginalastes mit einem zusätzlichen Stent versorgt worden. Das Resultat der letzten Intervention im Bereich der langen In-Stent-Re-Stenose des RIVA (Ramus interventricularis anterior) sei insgesamt sehr gut.

**3.1.3** Im Bericht vom 12. Februar 2020 (AB 185 S. 2 ff.) hielt Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Kardiologie, fest, die Patientin verneine eine kardiale Symptomatik. Seit dem letzten Eingriff gehe es ihr gut, Angina pectoris oder Atemnot habe sie diesbezüglich nicht. Die Leistungsfähigkeit sei immer noch eingeschränkt wegen den chronischen Schmerzen.

**3.1.4** In der Stellungnahme vom 11. Mai 2020 (AB 188) führten die MEDAS-Gutachter aus, aus neurologischer und aus orthopädischer Sicht sei davon auszugehen, dass die Versicherte im Anschluss an die Operation vom 28. Februar 2018 für die Dauer von drei Monaten bzw. bis zum 1. Juni 2018 auch in angepasster Tätigkeit als voll arbeitsunfähig beurteilt werden müsse. Präoperativ könne aufgrund des Rückenleidens arbiträr eine Ar-

beitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten ab 1. Januar 2018 attestiert werden.

**3.1.5** Der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 26. August 2020 (AB 196) fest, dass sich seit der koronarangiographischen Intervention vom 13. Februar 2019 und der kardiologischen Teilbegutachtung vom 8. Juli 2019 bezüglich der kardialen Situation weiterhin ein stabiler Verlauf mit unveränderter linksventrikulärer Pumpfunktion und kardial weiterhin beschwerdefreier Versicherter zeige. An der kardiologischen gutachterlichen Beurteilung könne somit festgehalten werden.

**3.1.6** Dem Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 4. September 2020 (AB 198) ist zu entnehmen, dass tags zuvor im Rahmen einer präoperativen Abklärung bei aggressiver koronarer Herzkrankheit und vorgesehener bariatrischer Chirurgie eine Koronarangiographie und -intervention durchgeführt worden sind. Acht Monate nach der letzten Intervention sei es zu einer erneuten und signifikanten Progression respektive zu einem Rezidiv der koronaren Herzkrankheit gekommen. Es sei eine signifikante Stenosierung im Bereich des distalen Hauptstammes respektive des ostialen RIVA und RCX sowie des Marginalastes und eine In-Stent-Re-Stenose des mittleren RIVA nachweisbar. Während eines langen und komplexen Eingriffes hätten drei Stents im Bereich des Hauptstammes sowie des Marginalastes implantiert werden können. Der RIVA sei mit einem Hochdruck-Ballon bis 25 bar nachdilatiert worden.

**3.1.7** Der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ ging im Bericht vom 13. Oktober 2020 (AB 201) von einer weiterhin unveränderten Situation mit stabilem Verlauf aus. Die aus kardiologischer Sicht seitens der koronaren 2-Gefässerkrankung als schwierig beschriebene Situation sei im Rahmen der gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit am 8. Juli 2019 bereits berücksichtigt und entsprechend in das damals formulierte angepasste Leistungsprofil aufgenommen worden.

**3.1.8** Dr. med. G. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 26. Januar 2021 (AB 208 S. 4 f.) aus, es bestehe eine aggressive Form der koronaren Herzerkrankung mit einer ausgeprägten Progression dieser Erkrankung in den

letzten Jahren. Die Patientin habe insgesamt schon fünf Koronarangiographien mit jeweiligen Behandlungen (PTCA und Stentimplantationen mit Drug-Eluting-Stents) benötigt. Trotz multipler kardiovaskulärer Risikofaktoren sowie ischämischer Kardiopathie sei erfreulicherweise die systolische LV-Funktion global normal. Relevante Klappenvitien habe die Patientin keine. Die rechtsventrikuläre Funktion sei normal, ohne grössere Hinweise auf eine pulmonale Hypertonie. Die Leistungsfähigkeit sei stark eingeschränkt, multifaktoriell bedingt. Die Patientin werde in den nächsten Jahren sehr wahrscheinlich weitere Koronarangiographien sowie Behandlungen benötigen.

**3.1.9** Im Bericht vom 4. Februar 2021 (AB 210) hielt der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ fest, die anlässlich der kardiologischen Teilbegutachtung vom 8. Juli 2019 erhobenen kardiologischen Befunde hätten sich bis heute praktisch nicht verändert. Es könne weiterhin auf die damalige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden.

## **3.2**

**3.2.1** 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).

**3.2.2** 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).

**3.2.3** Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin stützte die angefochtene Verfügung vom 13. April 2021 (AB 214) in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das – nach dem Entscheid des Verwaltungsgerichts vom 28. August 2017 eingeholte – interdisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 31. Oktober 2019 (AB 175.1 - 175.9) sowie dessen Stellungnahme vom 11. Mai 2020 (AB 188). Das Gutachten erfüllt die hiervor wiedergegebenen Anforderungen nicht vollumfänglich; ihm kommt kein hinreichender Beweiswert für eine abschliessende Beurteilung der sich vorliegend stellenden Fragen zu (vgl. nachfolgend):

**3.3.1** Zunächst ist in kardiologischer Hinsicht festzustellen, dass in der Diagnoseliste des von Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie, erstellten Teilgutachtens die am 13. Februar 2019 durchgeführte Koronarangiographie und -intervention (vgl. AB 185 S. 2, 198 S. 1) nicht aufgeführt ist (AB 175.6 S. 3 f. Ziff. 6). Der entsprechende Eingriff wird vom Gutachter abgesehen von dem kurzen Hinweis "Habe 2/19 erneuten Herzkatheter (ev. mit Ballondilatation gehabt,

im Spital J. \_\_\_\_\_)" unter dem Titel "Aktuelle Beschwerden" (AB 175.6 S. 2 Ziff. 3.2) nicht diskutiert. Dies ist offensichtlich darauf zurückzuführen, dass dem Gutachter keine diesbezügliche Dokumentation zur Verfügung stand, findet sich doch in den Akten der Beschwerdegegnerin kein entsprechender Operationsbericht. Das erste medizinische Aktenstück, in welchem der Eingriff vom 13. Februar 2019 erwähnt wird, bildet der Bericht vom 1. Februar 2020 (AB 184) von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, welcher am 27. März 2020 bei der Beschwerdegegnerin eingegangen ist. Damit beruhte das kardiologische Teilgutachten auf einer unvollständigen medizinischen Aktenlage. Insofern kann der Schlussfolgerung des RAD-Arztes Dr. med. H. \_\_\_\_\_, der kardiologische Gutachter habe auch die am 13. Februar 2019 durchgeführte koronare Intervention berücksichtigt (AB 196 S. 4, 201 S. 5, 210 S. 4), nicht gefolgt werden.

**3.3.2** Was die Arbeits- und Leistungsfähigkeit betrifft, hielt der kardiologische Gutachter fest, eine gewisse Leistungsfähigkeit sei kardial prinzipiell gegeben. Mässige und grössere Anstrengungen gingen möglicherweise wegen Betablocker nicht. Limitierend seien extrakardiale Beschwerden (AB 175.6 S. 4 Ziff. 7.1). Mittelstark bis stark anstrengende Tätigkeiten gingen nicht wegen Trainingsmangel, ev. auch wegen Betablockertherapie (AB 175.6 S. 5 Ziff. 7.4). Eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei nicht mehr möglich. Die LVEF (linksventrikuläre Ejektionsfraktion) sei gut erhalten. Eine rein kardiologisch theoretisch bestehende Arbeitsfähigkeit (ohne Anstrengungen) werde verhindert durch Rücksichtnahme auf Diabetes mellitus und Betablockertherapie sowie auf die nachgewiesene Progression der koronaren Herz-Krankheit trotz Sekundärprophylaxe. Die Arbeitsfähigkeit sei rein kardiologisch seit Anfang 2017 unverändert (AB 175.6 S. 5 Ziff. 8.1). In angepasster Tätigkeit bestehe dieselbe Arbeitsfähigkeit (AB 175.6 S. 5 Ziff. 8.2).

Die Schlussfolgerungen des kardiologischen Gutachters sind nur schwer nachvollziehbar. Einerseits geht er aus rein kardiologischer Sicht von einer gewissen Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit aus, äussert sich dabei jedoch nicht zu deren Ausmass und inwiefern diese durch invaliditätsfremde Einflüsse beeinträchtigt wird (Trainingsmangel). Andererseits hält er fest, die theoretisch bestehende Arbeitsfähigkeit werde u.a. wegen der nachgewie-

senen Progression der koronaren Herz-Krankheit verhindert. Dabei bleibt unklar, weshalb der Gutachter gewissermassen eine Unterscheidung macht zwischen "rein kardiologisch" und der Progression der koronaren Herz-Krankheit, die ebenfalls das Fachgebiet der Kardiologie betrifft. Unter Einbezug der Auswirkungen des Diabetes mellitus und der Betablockertherapie attestiert der Gutachter sozusagen interdisziplinär eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit, hinsichtlich des Fachgebietes Kardiologie bleibt diese Frage jedoch schlussendlich unbeantwortet.

**3.3.3** Mit Blick auf die interdisziplinäre Beurteilung fällt auf, dass die im kardiologischen Teilgutachten aufgelisteten fachspezifischen Diagnosen (PAVK [!] 03/2017: 1-Ast-KHK, normale LV-EF PTCA und 4-fache Stent-Einlage des RIVA; verbleibende Stenose des ersten Diagonalastes: kleines Gefäss, konservatives Vorgehen empfohlen; 1/2018 Re-PTCA einer subtotalen und langstreckigen In-Stent-Re-Stenose des distalen RIVA mit einem Drug-eluting-Ballon; EF 50 % mit umschriebener apikaler Hypo- bis Akinese; Ergometrie bis 100 Watt ohne Ischämiehinweise und ohne Arrhythmien, mit geringem Pulsanstieg unter Nebilet; Echo-LV-EF gut erhalten [AB 175.6 S. 3 f. Ziff. 6]) weder bei den Diagnosen mit noch bei jenen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt werden (AB 175.1 S. 5 f. Ziff. 4.2). Darüber hinaus findet auch die fachspezifische Beurteilung des kardiologischen Gutachters keinen Niederschlag in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung, während die Beurteilungen der weiteren Fachgutachter jeweils einzeln zusammengefasst worden sind (Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Orthopädie, Neurologie, Angiologie, Psychiatrie [AB 175.1 S. 3 ff.]). Unter dem Titel "Integrative medizinische Beurteilung" werden die Koronarsklerose mit konsekutiver Stent-Implantation, der Typ I-Diabetes und die Hashimoto-Thyreoiditis dem allgemeininternistischen Formenkreis zugeordnet. Die genannten Diagnosen hätten bis dato "auf die alltäglichen Einschränkungen der Explorandin keinen grossen Einfluss" (AB 175.1 S. 3 f. Ziff. 4.1). Diese Beurteilung, welche offensichtlich auf der Einschätzung des internistischen Gutachters beruht (vgl. AB 175.2 S. 6 Ziff. 8.1 f.), steht im klaren Widerspruch zu derjenigen des kardiologischen Gutachters, welcher – wie vorstehend dargelegt – von einer vollständigen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit aufgrund der koronaren Herzkrankheit im Zusammenspiel mit dem Diabetes mellitus und der Betablockertherapie ausgeht.

Damit bestehen erhebliche, unaufgelöste Widersprüche insbesondere zwischen dem kardiologischen und dem allgemeininternistischen Teilgutachten. Eine eigentliche Klärung dieser Widersprüche fand auch in der Konsensbesprechung – die eine Besprechung und einen Abgleich allfälliger Diskrepanzen mit den jeweiligen Teilgutachtern vorsieht (vgl. S. 5 Ziff. 4.1.1 der Leitlinien zur Konsensbeurteilung bei bi- und polydisziplinären Begutachtungen in der Versicherungsmedizin, Stand: 4.12.2020) – offensichtlich nicht statt, wurden solche doch überhaupt nicht benannt. Damit fehlt denn auch eine nachvollziehbare Erklärung der hiervor dargestellten Diskrepanzen. Unter dem Titel "5. Angaben zur Entstehung des Konsens[es] mit Unterschriften" hielten die Experten einzig fest, die medizinische Beurteilung sei "anlässlich einer gemeinsamen Sitzung der Dres. K.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ und PD Dr. N.\_\_\_\_\_" vom 9. August 2019 im Konsens mit allen übrigen am Gutachten beteiligten Ärzten erfolgt (AB 175.1 S. 11). Dabei ist augenfällig, dass insbesondere der für die – in sich selbst nicht restlos überzeugende – kardiologische Beurteilung zuständige Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_\_ an der Sitzung offenbar nicht teilgenommen hat. Des Weiteren finden sich im Gutachten keine Ausführungen darüber, wie der Konsens mit den abwesenden Gutachtern zu Stande gekommen ist.

**3.3.4** Aufgrund des Dargelegten kann gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 31. Oktober 2019 (AB 175.1 - 175.9) keine abschliessende Beurteilung der medizinischen Situation bzw. deren Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorgenommen werden. Folglich ist der medizinische Sachverhalt unzureichend abgeklärt und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Ergänzung des kardiologischen Teilgutachtens unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich neu erstellten kardiologischen Berichte und allenfalls Präzisierung der Konsensbeurteilung. Da es sich bei den vorzunehmenden Abklärungen um eine Klarstellung bzw. eine Präzisierung handelt, ist die Rückweisung zulässig (BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100, 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264; SVR 2016 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.1). Dies entspricht denn auch dem Eventualantrag der durch einen Rechtsanwalt vertretenen Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 2, Rechtsbegehren 3). Aufgrund dieses Eventualantrags ist ein Vorgehen gemäss BGE 137 V 314 – d.h. ein Hinweis auf eine allenfalls drohende reformatio in

peius – nicht notwendig, auch wenn die bisher zugesprochenen Leistungen beim neuen Entscheid der Beschwerdegegnerin nicht garantiert sind.

**4.**

Im Rahmen der Rentenprüfung wird sich die Beschwerdegegnerin – falls wiederum ein befristeter Anspruch resultieren sollte – auch mit der Frage des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen vor der Rentenaufhebung auseinandersetzen haben. Die Rechtsprechung, wonach es bei der wiedererwägungs- oder revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei zurückgelegtem 55. Altersjahr oder mehr als 15 Jahre dauerndem Rentenbezug grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen gilt, kommt auch dann zur Anwendung, wenn zeitgleich mit der Rentenzusprache über deren Befristung und/oder Abstufung befunden wird. Auch in solchen Fällen ist die Rente weiter auszurichten (BGE 145 V 209 E. 5.4 S. 214; SVR 2020 IV Nr. 66 S. 231 E. 2.3.1 und E. 2.3.3). Für die Ermittlung des Eckwerts des 55. Altersjahres ist bei rückwirkend befristeter und/oder abgestufter Rentenzusprache auf den Verfügungszeitpunkt abzustellen (Entscheid des Bundesgerichts vom 27. Juni 2022, 8C\_104/2021, E. 7.3.2 [zur Publikation vorgesehen]). Diesen Eckwert hat die Beschwerdeführerin mit Jahrgang 1964 bereits im Jahr 2019 überschritten.

**5.**

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 13. April 2021 (AB 214) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der zuvor genannten Abklärungen und gegebenenfalls der Erstellung eines neuen Abklärungsberichts Haushalt/Erwerb über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge.

**6.**

**6.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht 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. 800.--, sind bei diesem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

**6.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (vgl. Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2020 KV Nr. 23 S. 112 E. 11.1).

Mit Kostennote vom 22. Juni 2021 macht Rechtsanwalt Dr. B. \_\_\_\_\_ ein Honorar von Fr. 2'140.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 14.65 und Mehrwertsteuer von 7.7 % (auf Fr. 2'154.65) im Betrag von Fr. 165.90, total Fr. 2'320.55, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Demnach ist die Parteientschädigung auf Fr. 2'320.55 festzusetzen; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

**6.3** Bei diesem Verfahrensausgang ist das Rechtsschutzinteresse an der Beurteilung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege dahingefallen. Folglich ist das entsprechende Verfahren als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben (MICHEL DAUM, in HER-

ZOG/DAUM [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungspflege im Kanton Bern, 2. Aufl. 2020, Art. 39 N. 1).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 13. April 2021 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – über den Rentenanspruch neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'320.55 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt Dr. B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt Dr. B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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