

200 22 374 IV  
WIS/COC/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 4. September 2023**

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiberin Collatz

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Mai 2022



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1966 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Dezember 2004 unter Hinweis auf Rückenprobleme bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV; Antwortbeilage [AB] 1). Nach erwerblichen und medizinischen Erhebungen, insbesondere nach Einholung eines Gutachtens von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Expertise vom 24. Mai 2006, AB 38), verneinte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) mit Verfügung vom 11. Oktober 2006 (AB 43) bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 10 % einen Rentenanspruch.

Im Mai 2017 meldete sich die Versicherte wegen Fuss-, Hüft- und Herzproblemen sowie aufgrund von Depressionen erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 52). In der Folge veranlasste die IVB eine bidisziplinäre Begutachtung bei Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie (Expertise vom 10. April 2018; AB 81.1). Mit Verfügung vom 20. Juni 2018 (AB 88) wies die IVB das Rentenbegehren bei einem IV-Grad von 30 % ab. Eine dagegen erhobene Beschwerde (AB 96) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 3. Dezember 2018, IV/2018/581 (AB 99), ab.

Im Februar 2020 melde sich die Versicherte unter Hinweis auf Fuss-, Knie-, Hüft-, Venen-, Herz- und Rückenbeschwerden sowie aufgrund von Depressionen und eines Magenbypasses ein weiteres Mal bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 102). Daraufhin führte die IVB abermals medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei veranlasste sie auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 142) eine bidisziplinäre Verlaufsbeurteilung durch Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ (Expertise vom 27. April 2021; AB 160.1). Mit Vorbescheid vom 16. Juni 2021 (AB 161; vgl. AB 165) stellte die IVB der Versicherten

bei einem IV-Grad von 30 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte Einwand (AB 164). Nach Rückfrage bei Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ (AB 167 und 171) und nach Einholung von Stellungnahmen des RAD (AB 174, 179) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 3. März 2022 (AB 180) die Zusprache einer Viertelsrente ab 1. August 2020 in Aussicht. Damit zeigte sich die Versicherte abermals nicht einverstanden (AB 181). Nach Einholung einer weiteren Stellungnahme des RAD (AB 184) verfügte die IVB am 13. Mai 2022 wie im Vorbescheid angekündigt und sprach der Versicherten ab 1. August 2020 eine Viertelsrente zu (AB 188).

## **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, am 15. Juni 2022 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer angemessenen, die Viertelsrente übersteigenden IV-Rente. Gleichzeitig wurde ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gestellt.

Mit Beschwerdeantwort vom 14. Juli 2022 schloss die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf eine Stellungnahme des RAD vom 5. Juli 2022 (AB 191) auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 25. Juli 2022 und Duplik vom 31. August 2022 hielten die Parteien an ihren Anträgen und Ausführungen fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 6. März 2023 orientierte die Instruktionsrichterin aufgrund einer summarischen Prüfung der Sach- und Rechtslage über eine möglicherweise drohende Schlechterstellung (*reformatio in peius*) und bot der Beschwerdeführerin Gelegenheit zur Stellungnahme resp. zum Rückzug der Beschwerde. Mit Eingabe vom 5. April 2023 hielt die Beschwerdeführerin an ihrer Beschwerde fest und reichte weitere medizinische Unterlagen ein.

Am 28. April 2023 ging eine Stellungnahme der Beschwerdegegnerin beim Gericht 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 13. Mai 2022 (AB 188). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

**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. In zeitlicher Hin-

sicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, 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). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 13. Mai 2022 (AB 188), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung eines Rentenanspruchs mit Blick auf die im Februar 2020 erfolgte (Neu-)Anmeldung (AB 102) vor dem 1. Januar 2022 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG), weshalb die diesbezüglichen Bestimmungen des IVG in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (Rz. 9101 des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 144 V 195 E. 4.2 S. 198).

**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).

**2.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.4** 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).

**2.5** 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).

**2.6** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs 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, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen IV-Grades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, 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).

**2.6.1** Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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 zusätz-

lich 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).

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

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung von Februar 2020 (AB 102) eingetreten. Damit ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 20. Juni 2018 (AB 88), welche auf Beschwerde hin mit VGE IV/2018/581 (AB 99) bestätigt wurde, und der hier angefochtenen Verfügung vom 13. Mai 2022 (AB 188) eine (potentiell) anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 2.6.1 f. hiervor).

**3.2** In medizinischer Hinsicht stützten sich die Verfügung vom 20. Juni 2018 (AB 88) bzw. der VGE IV/2018/581 (AB 99) massgeblich auf das interdisziplinäre Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 10. April 2018 (AB 81.1). In diesem diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne Bewegungseinschränkung sowie ohne Radikulopathie (ICD-10 M54), eine Bewegungseinschränkung des linken und rechten Hüftgelenks bei regelrecht einliegenden Hüftprothesen (ICD-10 T84.0), eine Bewegungs- und Belastungseinschränkung der rechten Fusswurzel nach 2016 erfolgter Arthrodese des Calcaneocuboidalgelenks (ICD-10 M25.6 und Z98.1), eine Bewegungs- und Be-

leistungseinschränkung des rechten unteren Sprunggelenks bei fortgeschrittener Arthrose mit einer Chondropathie Grad Kellgren II-III (ICD-10 M19.07 und Z98.1) sowie eine altersentsprechende medial betonte Gonarthrose beidseits mit einer Chondropathie Grad Kellgren I-II (ICD-10 M17.1; S. 2). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter einen Senk-/Spreizfuss beidseits (ICD-10 M21.4), eine knöchern in regelrechter Stellung ausgeheilte rechtsseitige Weber-C-Fraktur aus dem Jahre 2004 (ICD-10 S82.6), psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol; Abhängigkeitssyndrom; gegenwärtig ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F10.24), sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika; schädlicher Gebrauch (low-dose Benzodiazepinabhängigkeit; ICD-10 F13.1) auf (S. 3).

Aus orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der biomechanischen Funktion ihrer Lendenwirbelsäule (LWS) sowie bezogen auf die unteren Extremitäten in der biomechanischen Funktion ihrer beiden Hüft- und Kniegelenke, ihres rechten unteren Sprunggelenks sowie ihrer rechten Fusswurzel limitiert mit einer daraus unweigerlich resultierenden Einschränkung der Steh- und Gehfähigkeit (S. 4). In einer hüft-, knie-, sprunggelenk- und rückenadaptierten Tätigkeit mit intermittierender stehender, gehender, jedoch überwiegend sitzender Körperposition bestehe bezogen auf ein volles Pensum eine quantitativ limitierte Arbeitsfähigkeit von 70 %. Die Einschränkung von 30 % ergebe sich unter Berücksichtigung einer erforderlichen Hilfsmittelversorgung aufgrund der reduzierten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, der vermehrten Pausen sowie der reduzierten Arbeitsschnelligkeit (S. 5).

Aus psychiatrischer Sicht stehe eine Suchtproblematik im Vordergrund des psychopathologischen Störungsbildes. Es gebe eine Überschneidung des affektiv-depressiv gefärbten psychischen Zustandsbildes mit der Abhängigkeit von Alkohol und der low-dose Benzodiazepinabhängigkeit. Es ergebe sich kein Anhalt dafür, dass der Substanzkonsum von Alkohol und Benzodiazepinen Folge einer anderen psychischen Störung oder der Schmerzen sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne daher aktuell von keinem mittel- und langfristigen Gesundheitsschaden ausgegangen werden (S. 4).

Aus bidisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit aus somatisch-orthopädischen Gründen limitiert werde. Es bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine 70 %-ige Arbeitsfähigkeit. In der angestammten Tätigkeit als ... bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Interdisziplinäre Interferenzen der Störungsbilder mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden nicht (S. 6 f.).

**3.3** Der angefochtenen Verfügung vom 13. Mai 2022 (AB 188) liegen insbesondere folgende Berichte zugrunde:

**3.3.1** Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 13. Mai 2020 (AB 112) eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F31.3), eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1) sowie komorbide, psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1). Es liege ein zwar schwankender, im Längsschnitt aber gleichbleibender Zustand aus dem depressiv-bipolaren Formenkreis vor (S. 1). Die festgestellte psychisch komplexe Störung mit affektiv-kognitiven Symptomen begründe eine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Aufgrund der reduzierten psychosozialen Belastbarkeit mit deprimierter Verstimmung, erhöhter Müdigkeit und rascher Erschöpfbarkeit und damit verbundener Tagesmüdigkeit und Konzentrationschwierigkeiten sowie vermindertem Antrieb bestehe eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zusätzlich seien die kognitiven Funktionen in den Bereichen der Aufmerksamkeit, kognitiver Flexibilität, Ausdauer und Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit beeinträchtigt. Die Schwierigkeit, Entscheidungen zu treffen, und der Verlust der kognitiven Flexibilität sei mit deutlicher Verminderung des psychosozialen Funktionsniveaus verbunden. Die bestehenden kognitiven Beeinträchtigungen könnten zu einer raschen Überbelastung am Arbeitsplatz führen. Es bestehe seit Juli 2018 eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit von 80 % bis 100 % für jegliche Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt (S. 3).

**3.3.2** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ diagnostizierten im bidisziplinären Verlaufs-Gutachten vom 27. April 2021 (AB 160.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne Bewegungseinschränkung sowie ohne Radiku-

lopathie (ICD-10 M54.1), eine Belastungs- und Bewegungseinschränkung des linken und rechten Hüftgelenks bei regelrecht einliegenden Hüftprothesen (ICD-10 T84.0), eine Bewegungs- und Belastungseinschränkung der rechten Fusswurzel nach 2016 erfolgter Arthrodese des Calcaneocuboidalgelenks (ICD-10 M25.6 und Z98.1), eine Bewegungs- und Belastungseinschränkung des rechten unteren Sprunggelenks bei fortgeschrittener Arthrose mit einer Chondropathie Grad Kellgren II-III (ICD-10 M19.07 und Z98.1), eine altersentsprechende medial betonte Gonarthrose beidseits mit einer Chondropathie Grad Kellgren I-II (ICD-10 M17.1) sowie eine chronifizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig, im Verlauf mittelgradig (ICD-10 F33.8). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter einen Senk-/Spreizfuss beidseits (ICD-10 M21.4), eine knöchern in regelrechter Stellung ausgeheilte rechtsseitige Weber-C-Fraktur aus dem Jahre 2004 (ICD-10 S82.6), schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1), chronische Schmerzen bei Störungen des Stütz- und Bewegungsapparates (ICD-10 R52), Probleme durch negative Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z61.5), Probleme in Verbindung mit ökonomischen Verhältnissen (ICD-10 Z59) sowie Probleme in Verbindung mit Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56) an (S. 6 f. Ziff. 4.2).

Aus orthopädischer Sicht wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei in der biomechanischen Funktion ihrer LWS sowie bezogen auf die unteren Extremitäten in der biomechanischen Funktion ihrer beiden Hüft- und Kniegelenke, ihres rechten Sprunggelenks sowie ihrer rechten Fusswurzel limitiert mit einer daraus unweigerlich resultierenden Einschränkung der Steh- und Gehfähigkeit (S. 8 Ziff. 4.3). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 11 Ziff. 4.7/4.8). In einer hüft-, knie-, sprunggelenk- und rückenadaptierten Tätigkeit mit intermittierender stehender, gehender, jedoch überwiegend sitzender Körperposition bestehe bezogen auf ein volles Pensum eine quantitativ limitierte Arbeitsfähigkeit von 70 %. Die Einschränkung ergebe sich aufgrund der reduzierten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, der vermehrten Pausen sowie der reduzierten Arbeitsschnelligkeit (S. 9).

Aus psychiatrischer Sicht liege gegenwärtig ein leicht- bis mässiggradiger Gesundheitsschaden im Rahmen einer chronifizierten Depression vor. Im

Vergleich zum Referenzzeitpunkt (Gutachten vom 10. April 2018) bestehe aus rein psychiatrischer Sicht ein im Wesentlichen unveränderter Gesundheitszustand mit gewisser Besserung des Alkoholabhängigkeitssyndroms zuungunsten (recte: zugunsten) einer verschlechterten Essstörung (Suchtverlagerung). Die Essstörung gewinne derzeit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der vorliegende schädliche Gebrauch von Alkohol ebenso nicht. Infolge der psychiatrischen Störung seien die Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit leicht- bis mässiggradig vermindert und auch die Flexibilität und Umstellfähigkeit sowie die soziale Interaktivität würden darunter leiden. Gesamthaft bestünden leichte bis mittelschwere anhaltende Fähigkeitsstörungen, die jedoch durch psychosoziale Faktoren deutlich unterhalten würden (S. 9). Das psychische Störungsbild sei eine Gemengelage aus psychosozialen Problemen nach Verlust der Selbständigkeit und damit der wirtschaftlichen Existenz bei nun gegebener beruflicher Perspektivlosigkeit bei Langzeitarbeitslosigkeit und Abhängigkeit vom Sozialamt mit hohen Schulden. Diese mit Scham behaftete Situation führe zur affektiven Instabilität mit Auftreten einer inzwischen chronifizierten Depression mit im Verlauf schwankender leichter bis mittelgradiger Ausprägung. Die Beschwerdeführerin stehe "vor dem Scherbenhaufen" ihres Lebens mit multiplen psychosozialen Problemen, die eine Flucht in die Krankheit, den Alkohol und die Esssucht ausgelöst hätten. Ohne das Vorliegen der psychosozialen Auslöser würde die affektive Dekompensation mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht bestehen. Der Leidensdruck liege in der Selbstbedauerung der Beschwerdeführerin, einer früher geschätzten ... in selbständiger Erwerbstätigkeit und nun Sozialhilfeempfängerin ohne berufliche Perspektiven bei erheblichem sozialem Abstieg (S. 10 Ziff. 4.4). Aufgrund der benannten Fähigkeitsstörungen und unter Abzug psychosozialer Faktoren sei keine Arbeitsfähigkeit mehr als ... gegeben. Dies, da eine Gefährdung durch die Nähe zu Alkohol ausgehe. In einer anderen Tätigkeit ... oder in somatisch adaptierter Tätigkeit liege eine 30 %-ige Minderung der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf ein 100 %-Pensum vor. Diese Einschätzung bestehe seit Antragstellung anhaltend. Im Vergleich zum Referenzzeitpunkt bestehe aus rein psychiatrischer Sicht ein im Wesentlichen unveränderter Gesundheitszustand (S. 12).

Aus bidisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass kein additiver Effekt der genannten Teilarbeitsunfähigkeiten vorliege (S. 12).

**3.3.3** Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie, diagnostizierte im Bericht vom 27. Juli 2021 (AB 164 S. 10 f.) namentlich ein paroxysmales Vorhofflimmern (S. 10). Bei der Beschwerdeführerin bestehe aktuell ein tachykardes Vorhofflimmern, welches nachvollziehbarerweise zu einer deutlichen Leistungsabnahme führe. Echokardiographisch zeige sich im Rahmen des Vorhofflimmerns eine leicht eingeschränkte LVEF. Bis zur Behebung/Kontrolle des Vorhofflimmerns und Abklingen der Herzinsuffizienz-Symptomatik sei die Beschwerdeführerin aus kardiologischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig (S. 11).

**3.3.4** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 31. Juli 2021 (AB 164 S. 4 ff.) aus, diagnostisch sei von einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33), einer neurokognitiven Störung als Residuum des zurückliegenden Alkoholkonsums (ICD-10 F10.1) sowie von einer Traumafolgestörung (ICD-10 F43.1) auszugehen. Der Krankheitsverlauf während der letzten zwei Jahre lasse eine eindeutige Richtungsänderung erkennen, der Gesundheitszustand habe sich kontinuierlich verschlechtert. Mittlerweile bestehe eine deutliche Chronifizierung, weshalb die Prognose ungewiss sei. Zudem liessen sich invaliditätsfremde, psychosoziale Faktoren identifizieren, deren Einfluss auf das gesamte psychische Bild derzeit ersichtlich sei. Die festgestellte psychische komplexe Erkrankung mit affektiv-kognitiven Symptomen begründe eine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Aufgrund der reduzierten psychosozialen Belastbarkeit mit deprimierter Verstimmung, erhöhter Müdigkeit und rascher Erschöpfbarkeit und damit verbundener Tagesmüdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten sowie vermindertem Antrieb bestehe eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, zusätzlich zu somatisch (muskuloskelettal, kardial) bedingten Einschränkungen (S. 7). Aufgrund der Befunde, des Krankheitsverlaufes, der funktionellen Beeinträchtigungen sowie der krankheitsbedingten, verminderten psychosozialen Ressourcen sei die psychische Kraft der Beschwerdeführerin erheblich eingeschränkt. Die Leistungsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht reduziert. Aus medizinisch-psychiatrischer Sicht erscheine derzeit bis mittelfristig ein Wiedereinstieg in den freien Arbeits-

markt nicht realistisch. In der bisherigen Tätigkeit bestehe weiterhin keine Arbeitsfähigkeit. Für eine leidensangepasste Tätigkeit im geschützten Rahmen sei gegenwärtig mit einer Arbeitsfähigkeit von ca. 40 % zu rechnen (S. 8).

**3.3.5** Nachdem die Beschwerdeführerin gegen den Vorbescheid vom 16. Juni 2021 Einwand erhoben hatte (AB 164), nahmen Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ auf Ersuchen der Beschwerdegegnerin am 28. September 2021 nochmals Stellung (AB 167). In der angestammten Tätigkeit als ... sei aus orthopädisch-chirurgischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe für diese Tätigkeit eine als dauerhaft anzusehende Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Sowohl auf orthopädisch-chirurgischem als auch auf psychiatrischem Fachgebiet liege in einer optimal adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % im jeweiligen Fachgebiet vor. Unter nochmaliger Besprechung des komplexen Sachverhalts sei davon auszugehen, dass die psychiatrischen und orthopädischen Fähigkeitseinschränkungen teils negativ interferieren würden, so dass aus bidisziplinärer Sicht in einer optimal adaptierten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % auszugehen sei. Diese Einschätzung bestehe spätestens seit der am 13. April 2021 erfolgten Verlaufsbeurteilung (S. 2).

Am 7. Dezember 2021 nahmen Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ein weiteres Mal Stellung (AB 171). Die im Vergleich zum Vorgutachten um 10 % geringere Arbeitsfähigkeit sei aus bidisziplinärer Sicht darin begründet, dass in der Einschätzung von 2018 kein additiver Effekt der einzelnen Teilarbeitsunfähigkeiten auf orthopädisch-chirurgischem und psychiatrischem Fachgebiet bestanden habe. Unter nochmaliger Besprechung des komplexen Sachverhalts sei davon auszugehen, dass die psychischen und orthopädischen Fähigkeitseinschränkungen nun teils doch negativ interdisziplinär interferieren würden, so dass aus bidisziplinärer Sicht in einer optimal adaptierten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % auszugehen sei (S. 2).

**3.3.6** Die Beschwerdeführerin war vom 23. August bis 21. Oktober 2021 in der Klinik H. \_\_\_\_\_ in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 13. Dezember 2021 (AB 173 S. 2 ff.) wurden eine rezidivierende depressi-

ve Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine PTBS (ICD-10 F43.1), psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1), Essattacken bei anderen psychischen Störungen (ICD-10 F50.4) sowie ein Vorhofflimmern (ICD-10 I48.0) diagnostiziert. Zum Eintrittszeitpunkt habe die Beschwerdeführerin eine ausgeprägte depressive Symptomatik im Sinne einer depressiven Grundstimmung, diverse Ängste, eine starke innere Unruhe, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Zwangsverhalten und intermittierende Suizidalität gezeigt. Zudem habe sie von optischen Halluzinationen in Form von Gestalten/Geistern berichtet (S. 2). Insgesamt sei es im Rahmen des stationären Aufenthalts zu einer wahrnehmbaren Stabilisierung, sowohl in Bezug auf die psychischen als auch somatischen Beschwerden gekommen. Es sei zu einer Stimmungsaufhellung, einer leichten Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten, einem verbesserten Umgang mit den teilweise ausgeprägten Ängsten und einer Reduktion der damit verbundenen vegetativen Begleitsymptome gekommen. Der Antrieb und die Schlafquantität und -qualität hätten sich verbessert. Die Beschwerdeführerin habe in gebesserem Zustand entlassen werden können (S. 6).

**3.3.7** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 20. März 2021 (recte: 2022; AB 181 S. 4 ff.) aus, die (depressive) Störung habe einen chronifizierten Verlauf genommen. Es habe keine vollständige Krankheitsremission trotz allen stationären und ambulanten Behandlungsbemühungen erreicht werden können. Hinsichtlich des Tagesablaufs sei ein tiefes Aktivitätsniveau mit sozialem Rückzug festzustellen. Es liessen sich aus heutiger Sicht keine weiteren medizinischen oder beruflichen Massnahmen empfehlen, mit denen das Krankheitsbild wesentlich und nachhaltig beeinflusst werden könnte (S. 5).

**3.3.8** Der RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie (...), führte im Bericht vom 14. Februar 2022 (AB 179 S. 2) aus, hinsichtlich des paroxysmalen Vorhofflimmerns mit Erstdiagnose vom 31. März 2020 sei am 12. Januar 2022 eine Kryo-Ablation durchgeführt worden. Damit handle es sich um eine kausale Therapie des benannten Vorhofflimmerns, sodass aus medizinisch-theoretischer Sicht hierdurch

keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Daher könne weiterhin auf das bidisziplinäre Gutachten aus dem Jahr 2021 abgestellt werden.

**3.4** Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens wurden namentlich folgende Berichte eingereicht:

**3.4.1** Dr. med. G. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 31. Mai 2022 (Beschwerdebeilage [BB] 4) aus, im Rahmen des Vorhofflimmernrezidivs wäre es je nach Symptomatik der Beschwerdeführerin allenfalls gerechtfertigt, eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Das Ziel bleibe eine Ablationstherapie (interventionelle Therapie, kein chirurgischer Eingriff) des Vorhofflimmerns mit dann hoffentlich wieder stabilem Sinusrhythmus. Als Sekundärziel wäre bei Nichterreichen einer Rhythmuskontrolle eine Frequenzkontrolle anzustreben, auch in diesen Fällen könne im Verlauf praktisch immer eine wieder normale Arbeitsfähigkeit erreicht werden.

**3.4.2** Die Beschwerdeführerin war vom 30. Juni bis 2. Juli 2022 im Spital J. \_\_\_\_\_, hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 4. Juli 2022 (BB 11) wurden ein paroxysmales Vorhofflimmer-Rezidiv, ein persistierendes Foramen ovale Grad II, eine substituierte Hypothyreose, eine Depression und eine laparoskopische Magen-Bypass-Operation 2012 diagnostiziert (S. 1). Der Eintritt sei zur Ablation bei paroxysmalem Vorhofflimmer-Rezidiv nach Ablation erfolgt. Bei der Beschwerdeführerin sei 2017 erstmals ein typisches Vorhofflattern diagnostiziert und mittels Ablation therapiert worden. Im Verlauf sei es zu einem paroxysmalen Vorhofflimmern mit Rezidiv nach mehreren Elektrokonversionen gekommen. Im Januar 2022 sei eine Cryo-Ablation erfolgt, wobei ein Teil der Lungenvenen nicht habe erreicht werden können. Die Beschwerdeführerin stelle sich nun zum "Re-Do" vor. Aktuell bestünden intermittierend auftretende Palpitationen, die mit Dyspnoe und thorakalem Druckgefühl einhergingen. Dabei trete auch Schwindel auf. Ausserhalb dieser Episoden fühle sich die Beschwerdeführerin allgemein leistungsgemindert und beschreibe eine zunehmende Unkonzentriertheit und Gedächtnisprobleme. Treppensteigen über zwei Stockwerke bereite Schwierigkeiten. Ansonsten bestünden keine Herzinsuffizienzzeichen. Der postinterventionelle Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet und die Beschwerdeführerin sei beschwerdefrei nach Hause entlassen worden (S. 2).

**3.4.3** Die RAD-Ärztin Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Hämatologie, nahm am 5. Juli 2022 zum kardiologischen Krankheitsverlauf Stellung (AB 191). Rein aufgrund der Akten er-scheine eine abschliessende Beurteilung schwierig, weshalb eine genaue Stellungnahme von kardiologischer Seite her ab dem Zeitpunkt einer rele-vanten kardiologisch durch das paroxysmale Vorhofflimmern bedingten Arbeitsunfähigkeit empfohlen werde, dies mit Festhalten des genauen Be-ginns und des Verlaufs der kardiologisch bedingten Arbeitsunfähigkeit so-wie deren Ausmass (S. 4).

**3.4.4** Die Beschwerdeführerin war vom 14. bis 20. Juni 2022 und vom 2. Juli bis 9. August 2022 wiederum in der Klinik H.\_\_\_\_\_ in stationärer Behandlung (BB 9 und 10). Im Austrittsbericht vom 23. August 2022 (BB 10) wurden die bisher gestellten Diagnosen (vgl. E. 3.3.6 hiervor) wie-derholt. Der letzte stationäre Aufenthalt habe die Beschwerdeführerin für ca. vier bis sechs Wochen stabilisieren können. Danach seien wieder zu-nehmend depressive Symptome (Antriebslosigkeit, Stimmungen, Schlafstörungen, Suizidgedanken), Bewältigungsversuche mit missbräuch-lichem Konsum von Alkohol sowie Belastungen durch Wiedererleben trau-matischer Erlebnisse in den Vordergrund getreten. Die Ablehnung der IV-Rente habe sie weiter destabilisiert und bestehende Zukunftsängste ver-stärkt (S. 1). Die Beschwerdeführerin habe in psychisch stabilem Zustand entlassen werden können (S. 5).

**3.4.5** Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie, diagnostizierte im Bericht vom 23. Januar 2023 (BB 12) insbesondere eine koronare 3-Gefässerkrankung (S. 1). Als "Culprit lesion" finde sich eine RCA/RIVPO Stenose, welche heute erfolgreich mit 3 Stents habe behandelt werden können. Bei verbleibender RIVA Stenose sei eine Staged-PCI in drei Mona-ten geplant und die verbleibende RCX Stenose werde in sechs Monaten behandelt (S. 3).

**3.5** 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).

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).

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).

### **3.6**

**3.6.1** Vorliegend hat sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht massgebend auf das bidisziplinäre Verlaufs-Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 27. April 2021 (AB 160.1) gestützt. Die Gutachter haben sich in ihrer ärztlichen Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen

zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das Gutachten vom 27. April 2021 die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen, weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353 und E. 3.5 hiervor). Die Gutachter haben ausführlich begründet, dass die Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom, einer Belastungs- und Bewegungseinschränkung des linken und rechten Hüftgelenks, einer Bewegungs- und Belastungseinschränkung der rechten Fusswurzel, einer Bewegungs- und Belastungseinschränkung des rechten unteren Sprunggelenks, einer altersentsprechenden medial betonten Gonarthrose beidseits sowie einer chronifizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradig im Verlauf mittelgradig, leidet (S. 6 f. Ziff. 4.2). Darauf ist abzustellen.

**3.6.2** Vorab zu prüfen ist, ob seit der rentenabweisenden Verfügung vom 20. Juni 2018 (AB 88), welche mit VGE IV/2018/581 (AB 99) bestätigt wurde, eine wesentliche Veränderung eingetreten ist (vgl. E. 2.6.1 f. hiervor). Diesbezüglich kamen die Gutachter klar zum Schluss, dass sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht ein im Wesentlichen unveränderter Gesundheitszustand vorliegt mit Besserung des Alkoholabhängigkeitssyndroms zugunsten einer verschlechterten Essstörung (Suchtverlagerung; AB 160.1 S. 12, 160.2 S. 63, 160.3 S. 32). Zwar wird psychiatrischerseits neu eine chronifizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig bzw. im Verlauf mittelgradig, diagnostiziert (AB 160.1 S. 7). Dabei werden die bestehenden leichten bis mittelschweren anhaltenden Funktionsstörungen jedoch deutlich durch psychosoziale Faktoren unterhalten, ohne deren Existenz die affektive Dekompensation – gemäss Einschätzung der Gutachter – nicht bestehen würde (AB 160.1 S. 9 f.). Damit liegt lediglich eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten bzw. sogar wohl leicht gebesserten (im Vergleich zur Voruntersuchung war die Grundstimmung aufgehellter; AB 160.3 S. 26 Ziff. 6.2) Gesundheitszustandes vor. Dies ist in revisionsrechtlicher Hinsicht jedoch unerheblich (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105). Gestützt auf diese Beurteilung attestierten die Gutachter denn auch unverändert in einer angepassten Tätigkeit eine 30 %-ige Arbeitsunfähigkeit (AB 160.1 S. 11 f.).

Soweit die Gutachter ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nach Rückfragen der Beschwerdegegnerin in den Stellungnahmen vom 28. September und 7. Dezember 2021 (AB 167 und 171) insoweit korrigiert haben, als sie nunmehr eine 40 %-ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt haben, ist dies bei einem unverändert gebliebenen Gesundheitszustand nicht von Belang, handelt es sich hierbei doch bloss um eine andere Beurteilung eines unverändert gebliebenen Zustandes. Abgesehen davon vermag diese Neu-einschätzung auch nicht zu überzeugen. Denn eine Begründung, weshalb die somatischen und psychiatrischen Einschränkungen bei unverändertem Gesundheitszustand nun doch negativ interferieren sollen, findet sich in den besagten Stellungnahmen nicht. Im Gutachten vom 27. April 2021 (AB 160.1 S. 12 Ziff. 4.9) – wie bereits im Gutachten vom 10. April 2018 (AB 81.1 S. 7 Ziff. 4) – wurde ein additiver Effekt der genannten Teilarbeitsunfähigkeiten dagegen noch explizit verneint.

An der Beurteilung, dass ein unveränderter Gesundheitszustand vorliegt, ändert nichts, dass Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 13. Mai 2020 (AB 112) aufgrund einer bipolaren affektiven Störung, einer PTBS und komorbider, psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch, seit Juli 2018 durchgehend eine 80 % bis 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten attestiert hat (S. 1 und S. 3). Denn Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hat sich – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 5 Art. 4) – mit dieser Einschätzung auseinandergesetzt. Dabei wies er darauf hin, dass sich der behandelnde Psychiater nicht mit den bestehenden multiplen und schweren psychosozialen Faktoren auseinandergesetzt hat (AB 160.1 S. 12). Zudem wies der Gutachter zu Recht darauf hin, dass den von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ erhobenen Diagnosen nicht gefolgt werden kann. So hat das Verwaltungsgericht im VGE IV/2018/581 (AB 99 S. 17 E. 3.5.2) bereits dargelegt, dass weder eine bipolare affektive Störung noch eine PTBS als gegeben zu erachten sind. Dass diese Diagnosen aufgrund neu hinzugetretener Befunde bzw. neuer Erkenntnisse zu stellen wären, macht Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Übrigen nicht geltend. Vielmehr sprach er selber davon, dass "ein zwar schwankender, im Längsschnitt aber gleichbleibender Zustand aus depressiv-bipolaren Formenkreis" vorliegt (AB 112 S. 1) und ging somit selber – zumindest in diesem Zeitpunkt – von keiner Änderung des Gesundheitszustandes aus.

**3.6.3** Damit ist bis zum Zeitpunkt der Begutachtung am 13. April 2021 (AB 160.1 S. 2) weder aus psychischer noch aus somatischer Sicht eine anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

**3.6.4** Auch aus erwerblicher Sicht hat sich gemäss Aktenlage nichts Entscheidendes geändert. Entsprechendes wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht geltend gemacht.

**3.7** Somit ist erstellt, dass bis zum Zeitpunkt der Untersuchung durch die Gutachter am 13. April 2021 weder eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes noch der erwerblichen Situation eingetreten ist. Die Beschwerdeführerin hat folglich bis zu diesem Zeitpunkt weiterhin keinen Anspruch auf eine IV-Rente.

#### **4.**

**4.1** Hinsichtlich des Verlaufs des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung im April 2021 geht aus den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin vom 23. August bis 21. Oktober 2021 in der Klinik H.\_\_\_\_\_ hospitalisiert war. Zum Eintrittszeitpunkt zeigte sie eine ausgeprägte depressive Symptomatik. Sie konnte in stabilem und gebessertem psychischem Zustand entlassen werden (AB 173 S. 2 und 6). Ob dieser Gesundheitszustand im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung verschlechtert war, kann jedoch aufgrund der Akten nicht beurteilt werden. Diesbezüglich ist dem Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 20. März 2022 (AB 181 S. 4 ff.; vgl. auch der Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 12. Juni 2022 [BB 3]) und demjenigen der Klinik H.\_\_\_\_\_ vom 23. August 2022 (BB 10) zu entnehmen, dass nach dem Austritt aus der Klinik H.\_\_\_\_\_ im Oktober 2021 nach vier bis sechs Wochen wieder eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten ist bzw. keine stabile Remission erreicht werden konnte, was eine nach dem Begutachtungszeitpunkt eingetretene Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes nicht ausschliesst. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ sprach im Bericht vom 31. Juli 2021 (AB 164 S. 4 ff.) denn auch davon, dass der Krankheitsverlauf eine

eindeutige Richtungsänderung erkenne lasse und sich der Gesundheitszustand kontinuierlich verschlechtert habe (S. 7).

Weiter geht aus den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin aufgrund eines paroxysmalen Vorhofflimmerns von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 27. Juli 2021 (AB 164 S. 10 f.) zu 100 % arbeitsunfähig beurteilt wurde. Wie lange die durch die kardiale Problematik verursachte Arbeitsunfähigkeit angedauert hat, geht aus den Akten jedoch nicht hervor. So sprach Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 31. Mai 2022 (BB 4) lediglich davon, dass es je nach Symptomatik allenfalls gerechtfertigt wäre, eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Daran ändert nichts, dass der RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 14. Februar 2022 eine

massgebende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des paroxysmalen Vorhofflimmerns verneint hat (AB 179 S. 2). Zum einen ist Dr. med. I. \_\_\_\_\_ als Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie (...) für eine abschliessende Beurteilung einer kardialen Problematik nicht qualifiziert. Zum anderen machte die RAD-Internistin Dr. med. K. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 5. Juli 2022 (AB 191) keine Ausführungen zu einer allfälligen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit der bestehenden kardialen Problematik. Vielmehr kam sie zum Schluss, dass aufgrund der Akten eine abschliessende Beurteilung der kardiologisch bedingten Arbeitsunfähigkeit und deren Ausmass schwierig sei (S. 4). Die Beschwerdeführerin reichte während des vorliegenden Beschwerdeverfahrens Berichte der behandelnden Kardiologen vom 4. Juli 2022 (BB 11) und 23. Januar 2023 (BB 12) ein, welchen zu entnehmen ist, dass weitere Operationen notwendig waren und die kardiale Problematik bei Erlass der angefochtenen Verfügung demzufolge weiterhin bestand. Im Übrigen finden sich in den Akten keine Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der bestehenden kardialen Problematik vor April 2021 eingeschränkt gewesen sein könnte. Dies wird denn auch nicht geltend gemacht.

**4.2** Unter diesen Umständen kann vorliegend aufgrund der Aktenlage nicht abschliessend beurteilt werden, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung im April 2021 in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise verändert hat. Die Sache ist deshalb

an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den medizinischen Sachverhalt ab April 2021 durch eine nicht vorbefasste Gutachterstelle orthopädisch-psychiatrisch abklären lasse und in kardiologischer Hinsicht zumindest beim behandelnden Kardiologen eine abschliessende Beurteilung des Umfangs und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit einhole. Anschliessend hat die Beschwerdegegnerin über den Rentenanspruch neu zu verfügen. Da diese Phase der gesundheitlichen Entwicklung im Verwaltungsverfahren bisher nicht gutachterlich erhoben wurde und insoweit eine Ergänzung notwendig ist, 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).

## **5.**

**5.1** Aufgrund des Dargelegten ist bis zum Zeitpunkt der Verlaufsbeurteilung am 13. April 2021 keine massgebende Veränderung ausgewiesen, weshalb die Zusprache einer Viertelsrente ab 1. August 2020 zu Unrecht erfolgt und die angefochtene Verfügung vom 13. Mai 2022 bereits deshalb aufzuheben ist. Für die Zeit ab April erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt, weshalb die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie den medizinischen Sachverhalt ab 13. April 2021 weiter abklärt und anschliessend über den Leistungsanspruch neu verfügt. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

**5.2** Mit prozessleitender Verfügung vom 6. März 2023 wurde die Beschwerdeführerin im Übrigen auf die Möglichkeit einer Schlechterstellung hingewiesen (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4 S. 320). Sie hat hierauf an der Beschwerde festgehalten.

## **6.**

**6.1** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechts-

begehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin ist angesichts der sozialhilfrechtlichen Unterstützung ausgewiesen (BB 5). Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden und die Notwendigkeit einer Rechtsverteidigung ist zu bejahen. Demnach ist das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt gutzuheissen, sofern es aufgrund des teilweisen Obsiegens nicht gegenstandslos geworden und abzuschreiben ist.

**6.2** 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 entsprechend dem Verfahrensausgang den Parteien je hälftig, ausmachend Fr. 400.--, zur Bezahlung aufzuerlegen (vgl. Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 6.1 hiervor) ist die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – von der Pflicht zur Zahlung der anteilmässigen Verfahrenskosten von Fr. 400.-- zu befreien.

**6.3** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung besteht bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1).

Angesichts des teilweisen Obsiegens (vgl. E. 6.2 hiavor) hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die hälftigen Parteikosten zu ersetzen. Mit Kostennote vom 3. Mai 2023 macht Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ einen Aufwand von 23 Stunden und 15 Minuten geltend, was als übersetzt zu betrachten ist. Der Streitgegenstand bezieht sich auf den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und dabei hauptsächlich auf die Frage des Eintritts einer massgebenden gesundheitlichen Veränderung. Damit handelt es sich um einen Fall von durchschnittlicher Komplexität. Insofern bedingte der vorliegende Fall keinen besonders hohen Aufwand. Unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Aktenumfangs und des doppelten Schriftenwechsels mit Androhung einer reformatio in peius sowie mit Blick auf die in ähnlich gelagerten Fällen geltend gemachten Parteien-schädigungen erscheint ein Aufwand von 16 Stunden als angemessen. Die Parteikosten werden deshalb auf Fr. 4'320.-- (16 h x Fr. 270.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 100.30 und Mehrwertsteuer von Fr. 340.35 (7.7 % von Fr. 4'420.30), total Fr. 4'760.65, festgesetzt. Die Hälfte davon ergibt ein Honorar von Fr. 2'160.-- (8 h [16 h x 0.5] x Fr. 270.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 50.15 (Fr. 100.30 x 0.5) und Mehrwertsteuer von Fr. 170.20 (7.7 % von Fr. 2'210.15), total Fr. 2'380.35. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

**6.4** Festzusetzen bleibt im Umfang des hälftigen Unterliegens das amtliche Honorar von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_.

Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der

amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Der tarifmässige Parteikostenersatz wird für das vorliegende Verfahren auf Fr. 2'380.35 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt (vgl. E. 6.3 hiervor). Davon ist Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 1'600.-- (8 h [16 h x 0.5] x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 50.15 (Fr. 100.30 x 0.5) und Mehrwertsteuer von Fr. 127.05 (7.7 % von Fr. 1'650.15), total Fr. 1'777.20. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

#### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 13. Mai 2022 aufgehoben.

Bis Ende April 2021 besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

Die Akten werden im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie für die Zeit ab April 2021 im Sinne der Erwägungen vorgehe und hiernach über den Leistungsanspruch neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen, soweit es nicht vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben wird.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden je hälftig, ausmachend Fr. 400.--, den Parteien auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

4. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Hälfte der Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'380.35 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird in diesem Umfang als erledigt abgeschrieben.
5. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'380.35 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'777.20 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.