

200 23 232 IV
WIS/ZID/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 5. August 2024

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. März 2023



Sachverhalt:

A.

Die 1987 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ... sowie ausgebildete ... und zuletzt als ... und ... tätig, meldete sich erstmals im Juli 2019 unter Hinweis auf Rücken-, Schulter-, Hüft-, Gelenk-, Glieder- und Kopfschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 10; vgl. auch AB 19). Nachdem die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen (insbesondere rheumatologische und psychiatrische Gutachten vom 28. Juli 2020 mit interdisziplinärer Gesamtbeurteilung vom 29. Juli 2020 [AB 78.1 ff.]) getätigt hatte, verneinte sie nach durchgeführter Indikatorenprüfung mit Verfügung vom 17. Dezember 2020 einen Leistungsanspruch mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens (AB 94). Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im Zusammenhang mit einem Arbeitsversuch (AB 98 ff.) und einer Operation am rechten Arm (AB 103 ff.) ersuchte die Versicherte mit Schreiben vom 12. und 25. August 2021 um Unterstützung bei der Wiedereingliederung (AB 108, 110; vgl. auch AB 111). Darüber hinaus stellte sie unter Hinweis auf einen verschlechterten Gesundheitszustand mit Schreiben vom 22. Oktober 2021 ein Gesuch auf Rentenprüfung (AB 119). Die IVB führte wiederum erwerbliche und medizinische Erhebungen durch; insbesondere liess sie die Versicherte erneut bidisziplinär begutachten (rheumatologisches Gutachten vom 4. Mai 2022 [AB 139.1] und psychiatrisches Gutachten vom 6. Mai 2022 [AB 137.2] mitsamt interdisziplinärer Gesamtbeurteilung vom 6. Mai 2022 [AB 137.1] und rheumatologischer Stellungnahme vom 13. Juni 2022 [AB 148]). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 149 f.) und Einholung von Stellungnahmen des rheumatologischen Gutachters vom 10. September 2022 (AB 154) sowie des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 7. März 2023 (AB 200) verneinte die IVB mit Verfügung vom

13. März 2023 ein weiteres Mal einen Anspruch auf eine Invalidenrente, wobei sie bis zum Datum des Gutachtens das Vorliegen eines Revisionsgrundes verneinte und ab 3. Mai 2022 bei einem verschlechterten Gesundheitszustand einen Invaliditätsgrad von 30 % ermittelte (AB 201).

C.

Hiergegen liess die Versicherte, wie schon im Verlaufe des Vorbescheidverfahrens vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 3. April 2023 Beschwerde erheben und beantragen, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihr eine Teilrente zuzusprechen, eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines Verlaufsgutachtens zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Mai 2023 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. März 2023 (AB 201). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht 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 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Vorliegend erfolgte die Neuanmeldung im zweiten Halbjahr 2021 (Ersuchen um Unterstützung bei der Wiedereingliederung vom 12. und 25. August 2021 [AB 108, 110] und um Rentenprüfung vom 22. Oktober 2021 [AB 119]). Demnach liegt gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG der frühestmögliche Rentenbeginn nach dem 1. Januar 2022, womit das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht zur Anwendung gelangt.

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).

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). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 8. April 2024, 8C_492/2023, E. 4.2.2). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss

Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

2.4 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. 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).

2.5

2.5.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112;

in BGE 149 V 177 nicht publizierte E. 3.6.2 des Entscheids des BGer vom 26. Juni 2023, 8C_661/2022; SVR 2022 IV Nr. 35 S. 115 E. 5.1).

2.5.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. 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). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 84 E. 3). Un- erheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105).

2.5.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad 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).

2.5.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes 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 Invali-

ditätsschätzungen 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).

2.6 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 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).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Praxisgemäss ist die Eintretensfrage durch das Gericht daher nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Verfügung vom 17. Dezember 2020 (AB 94) mit demjenigen bei Erlass der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 13. März 2023 (AB 201) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.5.2 ff. hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 17. Dezember 2020 (AB 94) basierte im Wesentlichen auf dem bidisziplinären Gutachten vom 29. Juli 2020 sowie den entsprechenden Teilgutachten (AB 78.1 ff.). Die Gutachter Dres. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, und D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; bestehend seit der Kindheit und mit Beginn der aktuellen depressiven Episode 2018), mit zwischenzeitlichen Symptomen einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) im Sinne einer sog. Double Depression, sowie eine chronische

Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; bestehend seit 2018). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen (ICD-10 Z73.1; bestehend seit der Adoleszenz), ein chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom (nicht ausreichend somatisch abstützbar, krankheitsfremde Faktoren, primäres Fibromyalgie-Syndrom, Panalgie, diffuse Druckschmerzangabe, Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke, multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Schmerzen im Brustkorb), Untergewicht, ein Verdacht auf subklinische Hyperthyreose unter Euthyrox-Substitution, eine gonadotrope Insuffizienz unklarer Ätiologie sowie ein Protein-S-Mangel (AB 78.1/6 f. Ziff. 4.2). Der Rheumatologe konnte betreffend die diffus geschilderten generalisierten Beschwerden keinen korrelierenden somatisch-pathologischen Befund objektivieren, der eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründen könnte. Aus psychiatrischer Sicht auffallend sei, dass sich bei der Beschwerdeführerin Schmerzen, welche im Sommer 2018 erstmals in den Beinen aufgetreten seien, sehr rasch auf nahezu alle Körperteile ausgedehnt hätten, im Verlauf persistiert hätten und sich trotz Behandlungen nicht nachhaltig hätten bessern lassen. Psychischen Faktoren sei dabei eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beizumessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Da die Schmerzsymptomatik bei der Beschwerdeführerin absolut im Vordergrund stehe – sie neige dazu, in ihrer Krankenrolle zu verharren, was auf einen nicht unerheblichen Krankheitsgewinn schliessen lasse –, sei von einer sonstigen Somatisierungsstörung auszugehen. Zudem bestehe bei der Beschwerdeführerin seit der Kindheit ein phasenhafter Verlauf depressiver Episoden, wobei es nach solchen nicht zu einer vollständigen Remission gekommen sei, sondern geringgradige depressive Symptome im Rahmen einer Dysthymia persistiert hätten. Ausserhalb der depressiven Episoden sei sie durchaus in der Lage gewesen, mit den wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden. Aktuell übersteige jedoch die depressive Symptomatik das Ausmass einer Dysthymia. Schliesslich seien ihr innerer Antrieb für eine hohe Leistungsbereitschaft und der Perfektionismus eher einer mangelnden Fähigkeit, sich selbst zu lieben, zuzuschreiben und weniger dem Glauben an eine bzw. dem Einsatz für eine Sache, worin sich narzisstische Persönlichkeitsanteile zeigten. Ihr soziales und berufliches Funktionsniveau sei in

der Vergangenheit jedoch zu hoch gewesen, als dass sich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung rechtfertigen liesse. Auch bestünden klinisch und anamnestisch keine Anhaltspunkte für eine Angststörung, für eine posttraumatische Belastungsstörung, für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, für eine Anpassungsstörung oder für eine Zwangsstörung (AB 78.1/3 ff. Ziff. 4.1). Bei Gesamtwürdigung der oben diskutierten Diagnosen, der Defizite und der Ressourcen könne die Beschwerdeführerin trotz des depressiven Zustandsbildes und der chronischen Schmerzstörung die bisherige berufliche Tätigkeit sowie eine angepasste Verweistätigkeit mit einer Einschränkung von 40 % ausüben (AB 78.1/8 f. Ziff. 4.5 und 4.7 f.). Bei Durchführung von für die Beschwerdeführerin zumutbaren therapeutischen Massnahmen (ambulante psychiatrische Behandlung und medikamentöse antidepressive Therapie) sei mit einer hohen Wahrscheinlichkeit mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen, zumal die Beschwerdeführerin aktuell nicht leitliniengerecht behandelt werde (AB 78.1/10 Ziff. 4.10).

3.3 Was den Gesundheitszustand bzw. die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der leistungsablehnenden Verfügung vom 17. Dezember 2020 (AB 94) betrifft, ergibt sich aus den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende:

3.3.1 Mit Schreiben vom 11. August 2021 (AB 107) wiesen die behandelnden Ärzte der Klinik E._____ auf eine Veränderung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin hin, wonach es nach Beendigung des Arbeitsversuches (vgl. AB 98 ff.) und erfolgter Armoperation (im Rahmen der anhaltenden Schmerzsymptomatik/Fibromyalgie; vgl. AB 103 ff., 119/2 und 146) zunehmend zu einer psychischen Dekompensation gekommen und eine stationäre Behandlung ab 9. Juli 2021 erforderlich geworden sei. Hierbei interagiere insbesondere die ängstlich-vermeidende, abhängige und unreife Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 Z73.1) mit der somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), wodurch sich eine depressive Episode (ICD-10 F32.1) mit Ängsten, psychischer Dekompensation und Verlust der Tagesstruktur entwickelt habe (AB 107). Am 25. August 2021 konnte die Beschwerdeführerin in leicht gebessertem psychischem Zustand nach Hause entlassen werden. Es wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit vom

9. Juli bis 29. August 2021 attestiert (Austrittsbericht vom 5. Oktober 2021; AB 117/9 ff.).

Die die Beschwerdeführerin ab 10. September 2021 ambulant nachbehandelnden Ärzte und Psychologen der Klinik E. _____ diagnostizierten im Bericht vom 4. Oktober 2021 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zusätzlich eine in der ICD-11 neu aufgeführte komplexe posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; diese sei von der klassischen PTBS zu unterscheiden; AB 117/5 Ziff. 2.5) und attestierten eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 23. September bis 31. Oktober 2021 (AB 117/3 Ziff. 1.3). Trotz intensiver, multidisziplinärer Behandlung scheinere Aufbau eines 50%-Arbeitspensums schwierig zu sein. Die wiederholten Arbeitsunfähigkeiten seien durch die Kombination der somatischen mit den psychiatrischen Diagnosen bedingt, welche sich wechselseitig beeinflussten. Das führe zu psychischer Dekompensation. Der aktuelle Zustand werde als stark einschränkend und blockierend erlebt (AB 117/5 Ziff. 2.7). Eine Tätigkeit sei höchstens zu 50 % zumutbar, wobei die bisherige Tätigkeit als ... als unrealistisch erscheine (AB 117/7 Ziff. 4.1 f.).

3.3.2 Anfangs 2022 war die Beschwerdeführerin während rund vier Monaten als ... bzw. im Rahmen einer ... (mit Übernachtung) auf einem ... tätig. Dabei wurde sie als sehr unbeholfen wahrgenommen. Mit der Zeit habe sie die Tagesstruktur gut vertragen und sei selbstbewusster sowie selbständiger geworden. Reine Arbeit mit Arbeitsdruck habe sie nicht bewältigt; die Leistung sei noch weit vom ersten Arbeitsmarkt entfernt gewesen (Abschlussbericht "... " vom 4. Mai 2022; AB 150/11 ff.).

3.3.3 Die Gutachter Dres. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, und G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierten in ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 6. Mai 2022 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-unsicheren und abhängigen Zügen (ICD-10 F61.0) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein multilokuläres Schmerzsyndrom i.S. einer Fibromyalgie, eine Hypothyreose (substituiert), einen Vitamin B12-Mangel (unter Substitution), eine gonadotrope und thyreotrope Insuffizienz

unklarer Ätiologie, einen Protein-S-Mangel, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), sowie Essattacken bei anderen psychischen Störungen (ICD-10 F50.4; AB 137.1/8 Ziff. 4.3). Es fänden sich Diskrepanzen zwischen den subjektiven hohen VAS-Angaben und den (abgesehen von den Fibromyalgie-Druckpunkten) objektiv normalen erhebaren Befunden. Die Beschwerdeführerin sei im Alltag aktiv und bewerkstellige ihren Haushalt ausser den körperlich schweren Arbeiten selbst. Neben der psychischen Überlagerung der geklagten somatischen Beschwerden leide sie auch unter einer ängstlich-selbstunsicheren und abhängigen Persönlichkeitsstruktur. Die Schwierigkeiten an den Arbeitsplätzen und die körperlichen Beschwerden hätten zu einer depressiven Entwicklung geführt, die zurzeit remittiert sei. Die von ihr geltend gemachte, hochgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich aus psychiatrischer Sicht nicht objektivieren (AB 137.1/7 f. Ziff. 4.1 f.). Aus somatischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt (auch wenn im Rahmen der am 16. Juni 2020 durchgeführten Ellbogen-Operation vorübergehend eine volle Arbeitsunfähigkeit bis 31. August 2021 bestanden habe); insofern hätten sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit seit der letzten Begutachtung nicht verändert. Aus psychiatrischer Sicht bestehe in einer Tätigkeit im ... Bereich seit August 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. In der früheren Tätigkeit habe sich die Arbeitsfähigkeit von 60 % somit nicht verändert; in dieser Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin vor allem durch die Persönlichkeitsstörung beeinträchtigt. Als angepasst erweise sich eine Tätigkeit, bei der sich die Beschwerdeführerin nicht andauernd gegenüber ... abgrenzen und durchsetzen müsse und die keine hohen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit stelle. In einer solchen (...- oder ...) Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die im Jahr 2020 durch den Gutachter festgestellte Depression sei remittiert. Ab dem Datum der Untersuchung bestehe in einer angepassten Tätigkeit die eben erwähnte Arbeitsfähigkeit von 80 %. Durch eine Weiterführung der ambulanten Psychotherapie könne die Arbeitsfähigkeit verbessert werden (AB 137.1/9 ff. Ziff. 4.5 ff. und 4.9).

Zum nachträglich eingegangenen Bericht zur am 16. Juni 2021 durchgeführten Operation des rechten Oberarms (Dekompression der kelinen Nerven an sieben Stellen; AB 146) nahm der rheumatologische Gutachter da-

hingehend Stellung, dass er diesen Umstand bereits im Gutachten berücksichtigt habe, indem er sowohl in der bisherigen wie auch in einer adaptierten Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 16. Juni bis 31. August 2021 (und anschliessend wieder eine volle Arbeitsfähigkeit) attestiert habe. Folglich habe das rheumatologische Gutachten vom 4. Mai 2022 (AB 139.1) nach wie vor Gültigkeit (AB 148/2).

3.3.4 Prof. Dr. Dr. med. H. _____, Facharzt für Chirurgie, der die Operation am 16. Juni 2021 (vgl. AB 146) durchgeführt hatte, stellte anlässlich der postoperativen Einjahreskontrolle vom 18. Juni 2022 eine deutliche Besserung der Beschwerden der rechten oberen Extremität fest, wogegen an der linken oberen Extremität weiterhin eine Druckschmerzhaftigkeit der Druckpunkte aufgefallen sei, weshalb auch hier gegebenenfalls eine operative Dekompression peripherer Nerven erfolgen müsse. Eine Mindest-Rekonvaleszenz von einem Jahr sei bei der stattgehabten Operation normal. Die Beschwerdeführerin könne jetzt alltägliche Tätigkeiten ohne Probleme verrichten, für schwere Tätigkeiten mit viel Kraft benötige sie jedoch Unterstützung. Empfohlen werde eine langsame Steigerung des Arbeitspensums beginnend mit einem Pensum von je zwei Stunden vor- und nachmittags, dies unter Vermeidung von Tätigkeiten mit viel Kraftaufwand und repetitiven Bewegungen. Auszugehen sei zunächst von einer Arbeitsfähigkeit von 40 % (Bericht vom 29. Juli 2022; AB 150/10).

3.3.5 Vom 17. Mai bis 15. Juli 2022 wurde die Beschwerdeführerin in der Klinik E. _____ teilstationär behandelt. Diagnostiziert wurden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit/bei Fibromyalgie, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen und abhängigen Zügen (ICD-10 F61.0) und Essattacken bei anderen psychischen Störungen (ICD-10 F50.4). Ziele der Tagesklinik waren Emotionsregulation, Umgang mit Ängsten und Bearbeitung der Einsamkeitsgefühle. Attestiert wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 17. Mai bis 10. Juli 2022 und von 80 % vom 11. bis 15. Juli 2022 (Austrittsbericht vom 19. August 2022; AB 150/6 ff.).

3.3.6 Am 17. August 2022 bestätigte die Hausärztin, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen auf Hilfe der Spitex angewiesen sei (AB 150/9).

3.3.7 Der rheumatologische Gutachter kommentierte die Angaben seitens der Behandler (vgl. E. 3.3.4 hiervor) in seiner Stellungnahme vom 10. September 2022 dahingehend, dass sich die Beschwerdeführerin selber in ihren Haushaltstätigkeiten eingeschränkt sehe. Dies entspreche ihrer Selbsteinschätzung. Bereits im Gutachten sei festgehalten worden, dass von ihr zahlreiche Alltagsaktivitäten getätigt würden. So besorge sie den ganzen Haushalt selber, ausser die körperlich schwer belastenden Anteile, welche von einer Spitex-Mitarbeiterin bewerkstelligt würden. Soweit sie auch andere Arbeiten an die Spitex delegiert habe (Reinigungsarbeiten und Bett anziehen), bestünde hierfür keine medizinische Indikation; es wäre ihr zumutbar, diese Arbeiten selber zu tätigen. In Bezug auf die aktuell von Prof. Dr. Dr. med. H._____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 60 % sei – bei von ihm klar aufgezeigter Besserung der Symptomatik – auf ein früheres Schreiben seinerseits vom 4. August 2021 (vgl. AB 119/2) zu verweisen, wo er eine Arbeitsaufnahme (unter Vermeidung schweren Hebens oder Tragens) – und folglich auch eine ...tätigkeit – ab dem 1. September 2021 als möglich erachtet habe. Unter Berücksichtigung dessen, dass es sich um einen komplikationslosen Verlauf handle und im Quervergleich mit analogen (Nervendekompressions-)Operationen allgemein von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit von vier bis sechs Wochen ausgegangen werde, sei die aktuell attestierte Arbeitsfähigkeit von 40 % nicht nachvollziehbar, zumal diese nicht begründet werde. Es lägen keine (neuen) Informationen vor, welche die Beurteilung des rheumatologischen Gutachtens zu ändern vermöchten (AB 154).

3.3.8 Mit Stellungnahme vom 17. Januar 2023 machten der behandelnde Arzt und die behandelnde Psychologin der Klinik E._____ geltend, das Gutachten werde der Komplexität der Situation der Beschwerdeführerin nicht gerecht. Ihrer Meinung nach erfülle die Beschwerdeführerin unverändert die Kriterien der im Gutachten aus dem Jahr 2020 (vgl. E. 3.2 hiervor) diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung mit zwischenzeitlichen Symptomen einer Dysthymia im Sinne einer sog. Double Depression. Eine chronifizierte depressive Störung, wie Dysthymie, remittiere nicht. Den diagnostischen Leitlinien zufolge sei die langandauernde, depressive Verstimmung bei Dysthymie niemals, oder nur sehr selten, ausgeprägt genug, um die Kriterien für eine rezidivierende leichte oder mittelgradige depressi-

ve Störung zu erfüllen. Auch würden sie an der Diagnose einer komplexen PTBS festhalten, weise doch die Beschwerdeführerin eine frühkindliche Bindungsstörung auf und habe das Ausmass der emotionalen Vernachlässigung während der frühen Kindheit zu multiplen Traumata geführt. Ausserdem leide die Beschwerdeführerin heute nach wie vor an einer Essstörung, die jedoch als Überbleibsel einer ausgeprägten Essstörung zu sehen sei. Nebst der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren würden sie (als Behandler) überdies die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (mit abhängigen, ängstlich-vermeidenden und anakastischen Persönlichkeitszügen) bestätigen. Die Arbeitsfähigkeit betrage aktuell 40 bis 50 %. Entgegen dem Gutachten sei es medizinisch nicht gerechtfertigt, die nach intensiver Therapie und Unterstützung wieder selbständig ausgeführten Aktivitäten des täglichen Lebens zu ihrem Nachteil auszulegen. Auch die im Gutachten festgehaltene Arbeitsfähigkeit im angepassten Rahmen von 80 % sei nicht nachvollziehbar, zeigten doch die realen Erfahrungen der Beschwerdeführerin selbst im angepassten Arbeitsumfeld und mit Therapie und Unterstützung eine deutliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 195).

3.3.9 Nach Meinung des RAD-Arztes Dr. med. I. _____, Praktischer Arzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in der Stellungnahme vom 7. März 2023 erscheine die Diagnose einer komplexen PTBS nicht ausgewiesen, seien doch traumatische Ereignisse von "extremely threatening or horrific nature" (Auszug aus ICD-11, Version 01/2023) in den Akten nicht auszumachen. Die chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren und die kombinierte Persönlichkeitsstörung seien gutachterlich berücksichtigt worden, wobei letztere als wesentliche Störung im Zusammenhang mit der Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit gewertet worden sei. Die Herleitung einer gegenwärtig leichten bis mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung sei nicht auszumachen; unabhängig davon könnte eine solche Episode psychopharmakologisch nach Leitlinien behandelt werden. Anders als im Gutachten seien im Bericht der Klinik E. _____ vom 17. Januar 2023 bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die Standardindikatoren (einschliesslich Konsistenz) nicht erfasst und auch nicht einbezogen worden.

Zusammenfassend könne weiterhin auf das bidisziplinäre Gutachten abgestellt werden (AB 200/3 ff.).

3.4 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).

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

3.4.2 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).

3.4.3 Solange keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich sind, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermöchten, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweis-

würdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärzte und Ärztinnen einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (Entscheid des BGer vom 26. Juli 2011, 8C_278/2011, E. 5.3). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll jedoch das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute; BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.4.4 Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 13. März 2023 (AB 201) massgeblich auf das bidisziplinäre Gutachten (interdisziplinäre Gesamtbeurteilung) der Dres. med. F. _____ und G. _____ vom 6. Mai 2022 (AB 137.1) samt nachfolgenden Stellungnahmen vom 13. Juni 2022 (AB 148) und 10. September 2022 (AB 154) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4.1 ff. hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Feststellungen der Gut-

achter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Auf die gutachterliche Einschätzung ist somit abzustellen. Die Vorbringen in der Beschwerde vermögen – wie nachfolgend dargelegt wird – an den Schlussfolgerungen nichts zu ändern.

3.5.1 Zwar findet sich, wie beschwerdeweise vorgebracht wird (S. 4 f. Ziff. 4), im psychiatrischen Teilgutachten vom 6. Mai 2022 zunächst die Angabe, dass bezüglich einer Tätigkeit im ... Bereich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert werden könne (AB 137.2/36), während dann im Rahmen der Beantwortung der Fragen von 60 % die Rede ist (AB 137.2/38 ff. Ziff. 8.1.3, 8.2.5 und 8.4). Da ausser der erwähnten Passage ansonsten sowohl im psychiatrischen Gutachten als auch in der interdisziplinären Beurteilung (AB 137.1/9 f. Ziff. 4.5 f. und /13 Ziff. 4.9) durchgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % in einer ... Tätigkeit die Rede ist, handelt es sich bei der singulären Nennung einer Arbeitsfähigkeit von 50 % um einen offensichtlichen Verschieb, der das Gutachten nicht zu entkräften vermag. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 2.2 hiavor) bezifferte der psychiatrische Gutachter ab dem Zeitpunkt seiner Exploration durchgehend und ohne Ausnahme mit 80 % (AB 137.2/38 f. Ziff. 8.2 und AB 137.2/40 Ziff. 8.4 sowie AB 137.1/9 ff. Ziff. 4.5 ff.).

3.5.2 Im Unterschied zum psychiatrischen Vorgutachten vom 28. Juli 2020, welchem zufolge die Arbeitsfähigkeit nebst der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) namentlich durch die rezidivierende depressive Störung, damals mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) mit zwischenzeitlichen Symptomen einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) im Sinne einer sog. Double Depression, eingeschränkt war (AB 78.3/18 Ziff. 6.1), erachtete Dr. med. G. _____ in seinem Gutachten vom 6. Mai 2022 die Depression als remittiert (ICD-10 F33.4; AB 137.2/36 f. und /40 Ziff. 8.4). Er mass der kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-unsicheren und abhängigen Zügen (ICD-10

F61.0; AB 137.2/36) einschränkende Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (AB 137.2/38 ff. Ziff. 8.1.2 und 8.2.3). Dr. med. D._____ beschrieb im Gutachten vom 28. Juli 2020 das depressive Zustandsbild mit einer deprimierten Stimmung, leichten Gedächtnisdefiziten, einem eingeeengten und verlangsamten formalen Denken, anamnestischen Schlafstörungen, einem Früherwachen, zeitweise passiven Todeswünschen, einer Affektarmut, einer eingeschränkten affektiven Schwingungsfähigkeit, einem Gedankenkreisen, einer inneren Unruhe und einer Reduktion des Antriebs. Darüber hinaus setze die Beschwerdeführerin einen Perfektionismus und auch das Erbringen von Leistung als Mittel ein, um andere vom eigenen Wert zu überzeugen. Darin zeigten sich narzisstische Persönlichkeitsanteile. Das soziale und berufliche Funktionsniveau sei aber in der Vergangenheit zu hoch gewesen, als dass sich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung rechtfertigen liesse (AB 78.3/19 ff. Ziff. 6.4). Dr. med. G._____ verneinte im Gutachten vom 6. Mai 2022 zurzeit ein manifestes depressives Zustandsbild. Die Beschwerdeführerin könne gut schlafen, leide am Morgen gelegentlich an Existenzängsten. Sie sei bis vor kurzem in der Lage gewesen, einem Beschäftigungsprogramm während vier Stunden pro Tag nachzugehen. Den Haushalt führe sie bis auf schwerere Arbeiten selbständig. Sie lese gerne, was mit einer manifesten depressiven Störung ebenfalls nicht vereinbar sei. Zwei Versuche mit Antidepressiva seien wegen Nebenwirkungen abgesetzt worden, auch dies ein Hinweis dafür, dass keine manifeste Depression vorliege. Im letzten Bericht der Klinik E._____ (vgl. AB 117/1 ff.) seien vor allem Zukunftsängste und Ängste um die berufliche Integration erwähnt worden. Die Stimmung sei als leicht niedergeschlagen und hoffnungslos beschrieben worden. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung sei die Beschwerdeführerin nicht hoffnungslos gewesen. Es hätten keine ausgeprägten depressiven Symptome festgestellt werden können. Die in den Akten erwähnten wiederholten depressiven Episoden seien remittiert. Die Beschwerdeführerin sei vor allem aufgrund ihrer inneren Unsicherheit und ihrer verminderten psychischen Belastbarkeit in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt (AB 137.2/36 Ziff. 6.2.3).

Entgegen den Vorbringen in der Beschwerde, S. 5, vermag Dr. med. G._____ seine Einschätzungen insbesondere in Bezug auf die Remission der depressiven Störung fundiert und nachvollziehbar zu begründen.

Der psychiatrische Befund hat sich im Vergleich zum Vorgutachten nachweislich verändert. Daran vermögen auch die Berichte der Behandler nichts zu ändern. In Übereinstimmung mit dem psychiatrischen Teilgutachten vom 6. Mai 2022 (AB 137.2/36 Ziff. 6.3) werden auch im Austrittsbericht der Klinik E._____ vom 19. August 2022 weder eine depressive Störung noch eine PTBS diagnostiziert (AB 150/6). Soweit diese Diagnosen in vorangehenden (AB 107, 117/1 ff.) und nachfolgenden Berichten der Klinik E._____ (AB 195) gestellt wurden, erweisen sich die Berichte untereinander nicht als konzis, dies umso weniger, als die darin angegebenen Befunde nicht wesentlich voneinander abweichen und die zusätzlichen Diagnosen nicht weiter begründet werden. In diesem Zusammenhang hat der Gutachter zu Recht darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin im Alltag durchaus aktiv ist und ihren Haushalt (ausser den körperlich schweren Arbeiten; soweit sie darüber hinaus auch andere Arbeiten an die Spitex delegiert hat, besteht hierfür keine medizinische Indikation [vgl. AB 154]) selbst bewerkstelligt, was erfahrungsgemäss gegen das Vorliegen einer depressiven Episode spricht. Andererseits sind in den Akten, wie der RAD-Arzt zutreffend festgestellt hat, keine traumatischen Ereignisse von äusserst bedrohlicher oder schrecklicher Natur auszumachen (vgl. AB 200/7). Entsprechend zeigte Dr. med. G._____ einleuchtend auf, dass die Beschwerdeführerin vor allem aufgrund von Zukunftsängsten bzw. Ängsten um die berufliche Integration (vgl. AB 137.2/33 Ziff. 4.3; explizit so auch AB 117/4 Ziff. 2.4) und somit aufgrund ihrer inneren Unsicherheit im Rahmen der Persönlichkeitsstörung in der Arbeitsunfähigkeit beeinträchtigt ist. Auch wenn er sich nicht weiter zu den abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte äusserte, hat rechtsprechungsgemäss zu genügen, dass er auch allfällige anderslautende ärztliche Erkenntnisse zur Kenntnis genommen hat (vgl. AB 137.2/7 ff.) und angenommen werden darf, dass diese in der eigenen Beurteilung Berücksichtigung gefunden haben, zumal nicht erwartet werden kann, dass sich Experten im Rahmen eines Begutachtungsauftrages mit jeder einzelnen abweichenden Auffassung von Berufskollegen explizit auseinandersetzen (Entscheid des BGer vom 26. August 2011, 8C_379/2011, E. 3.2.1).

3.5.3 In Bezug auf die beschwerdeweise vorgebrachten Erfahrungswerte der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 7 Ziff. 7) gilt es entgegenzuhal-

ten, dass sie sich übereinstimmenden gutachterlichen Feststellungen zufolge selber kaum als arbeitsfähig einschätzt, dagegen aber den Haushalt (bis auf schwere Arbeiten) selbständig führt, Spaziergänge unternimmt, eigenen Aktivitäten nachgeht und soziale Kontakte pflegt (vgl. AB 78.1/8 f. Ziff. 4.6, 137.2/34 f. Ziff. 6.2.1 f., 154).

3.5.4 Zusammenfassend bildet die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 6. Mai 2022 (AB 137.1) mitsamt den nachfolgenden Stellungnahmen (AB 148, 154) eine zuverlässige Grundlage für die rechtliche Würdigung des anspruchsrelevanten medizinischen Sachverhalts. Dieser ist somit hinreichend abgeklärt, weshalb auf weitere Beweisvorkehrungen, insbesondere das beantragte Verlaufsgutachten (Beschwerde, S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 2), verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung: BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

3.6 Nach dem Dargelegten ist die Depression remittiert, eine PTBS nicht ausgewiesen und damit die Arbeitsfähigkeit einzig durch die chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren und die kombinierte Schmerzstörung eingeschränkt. In einer angepassten (...- oder ...) Tätigkeit besteht seit 3. Mai 2022 (Datum der psychiatrischen Exploration; AB 137.2/2) eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (AB 137.1/9 ff. Ziff. 4.7). Damit ist per diesem Datum eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten und somit ein medizinischer Revisionsgrund erstellt und der Rentenanspruch ist frei zu prüfen (vgl. E. 2.5.4 hiavor). Entgegen der angefochtenen Verfügung handelt es sich dabei indessen nicht um eine Verschlechterung (AB 201/1), sondern um eine Verbesserung (so nun auch die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort, S. 3 Ziff. 5), zumal im Gutachten aus dem Jahr 2020 noch auf eine 40%-ige Einschränkung in einer adaptierten Tätigkeit erkannt (AB 78.1/9 Ziff. 4.8) und schon damals nach Durchführung zumutbarer therapeutischer Massnahmen von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen wurde (AB 78.1/10 Ziff. 4.10). Erst nach Prüfung der Standardindikatoren (vgl. E. 2.2 hiavor) erwiesen sich damals die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen nicht als überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb das Leistungsbegehren mangels ei-

nes Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung abgewiesen wurde (AB 94). Bezogen auf den der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. März 2023 (AB 201) zugrundeliegenden Sachverhalt ist zu beachten, dass aus der Indikatorenprüfung (vgl. E. 2.2 hiavor) keine höhere Arbeitsunfähigkeit resultieren kann als die gutachterlich attestierte (Entscheid des BGer vom 23. September 2022, 8C_230/2022, E. 5.2.3.2 mit Hinweisen), weshalb sich vorliegend eine Prüfung anhand der Indikatoren erübrigt. Ein Rentenanspruch ist selbst dann zu verneinen, wenn dessen Prüfung die gutachterlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 20 % zugrunde gelegt wird (vgl. E. 4.4 nachfolgend; vgl. auch BGE 145 V 215 E. 7 S. 228, wonach aus Gründen der Verhältnismässigkeit dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden kann, wo es nicht nötig oder geeignet ist).

Da, wie nachfolgend aufzuzeigen ist, auch nach Vornahme des Einkommensvergleichs kein Rentenanspruch besteht, ist nicht weiter auf das Vorbringen der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort, S. 3 Ziff. 5 i.f., einzugehen, wonach eine Verbesserung eines vorbestehenden nicht IV-relevanten Gesundheitsschadens nicht zu einem Rentenanspruch führen könne.

4.

4.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 IVV).

Mit Blick auf die im zweiten Halbjahr 2021 (vgl. E. 2.1 hiavor) erfolgte Neuanmeldung fiel der frühestmögliche Rentenbeginn unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG sowie unter der Prämisse einer erfüllten Wartezeit (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) in das Jahr 2022, womit die Invaliditätsbemessung grundsätzlich auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen ist. Da jedoch für das Jahr 2022 im Zeitpunkt des

Verfügungserlasses noch nicht alle relevanten lohnstatistischen Zahlen vorgelegen haben, ist der Einkommensvergleich für das Jahr 2021 (und damit gestützt auf die damals geltenden LSE-Tabellenlöhne des Jahres 2020) vorzunehmen.

4.2 Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens (Art. 26 Abs. 1 Satz 1 IVV). Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV).

Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen zu Recht anhand eines LSE-Tabellenlohnes bestimmt (vgl. AB 201/2), was von der Beschwerdeführerin denn auch nicht beanstandet wird: Gestützt auf Tabelle TA1 der LSE 2020, Frauen, Ziff. 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen), Kompetenzniveau 3 (komplexe praktische Tätigkeiten welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen), und unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Wochenarbeitszeit (BUA) sowie der Nominallohnentwicklung ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 74'066.90 (Fr. 5'923.-- x 12 / 40 x 41.6 [BUA] / 100 x 100.2 [Tabelle T1.2.20, Nominallohnindex, Frauen, Ziff. 86-88, Basis 2020 bzw. Index 2021]). Es mag durchaus zutreffen, dass dieses Einkommen, wie die Beschwerdegegnerin nunmehr in der Beschwerdeantwort, S. 4, Ziff. 7, vorbringt, mit Blick auf die Ausbildung und die Erfahrung der Beschwerdeführerin zu hoch angesetzt ist. Da aber so oder anders kein Rentenanspruch besteht, erübrigt es sich, darauf näher einzugehen.

4.3 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmög-

lich verwertet (Art. 26^{bis} Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt (Art. 26^{bis} Abs. 2 Satz 1 IVV), wonach die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) massgebend sind. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte nach Abs. 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV). Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionalen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV; vgl. dazu Entscheid des BGer vom 8. Juli 2024, 8C_823/2023 [zur Publikation vorgesehen]).

Da die Beschwerdeführerin keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen von 80 % aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen aufgrund des Tabellenlohnes zu bestimmen, wobei auch hier auf die LSE 2020 (und nicht wie in der angefochtenen Verfügung auf die LSE 2018; vgl. dazu Beschwerde, S. 8, und Beschwerdeantwort, S. 4) abzustellen ist. Unter Berücksichtigung dessen, dass die Beschwerdeführerin über ein ...- und ...diplom verfügt und ihr entsprechende Tätigkeiten weiterhin zumutbar sind, sind Ziff. 77-82 der Tabelle TA1 einschlägig (und nicht wie von ihr gefordert der Totalwert; vgl. dazu Rz. 3412 des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]). Der massgebliche monatliche Bruttolohn beträgt somit Fr. 5'447.-- (Tabelle TA1, Frauen, Ziff. 77-82 [sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen], Kompetenzniveau 2 [praktische Tätigkeiten wie Verkauf/Pflege/Datenverarbeitung und Administration/Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/Sicherheitsdienst/Fahrdienst]). Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst sowohl an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit im Jahr 2021 von 41.6 Stunden als auch an die Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2021 ergibt dies – unter Berücksichtigung der zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % – ein massgebliches Invalideneinkommen von Fr. 54'709.15 (Fr. 5'447.-- x 12 / 40 x 41.6 / 100 x 100.6 x 0.8).

4.4 Bei Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ein rentenausschliessender (vgl. E. 2.3 hiervor) Invaliditätsgrad von gerundet 26 % ($[(\text{Fr. } 74'066.90 \text{ ./. Fr. } 54'709.15)] \times 100 / \text{Fr. } 74'066.90$; vgl. zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1).

5.

Nach dem Dargelegten ist die Verfügung vom 13. März 2023 (AB 201) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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 Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG); auch die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern nicht Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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