

IV 200 2023 396
KNB/SCC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. Mai 2025

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Isliker, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. April 2023



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im März 1990 bei der IV-Stelle des Kantons Luzern zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 1.1/99 ff.). Die IV-Stelle des Kantons sprach der Versicherten mit Verfügung vom 17. Mai 1991 ab dem 1. Januar 1990 eine ganze Invalidenrente zu (act. II 1.1/71 ff.) und bestätigte diese im Rahmen zweier Revisionen (Mitteilung vom 17. April 1993 [act. II 1.1/58]; Verfügung vom 20. April 1995 [act. II 1.1/53 f.]; Verfügung vom 10. Oktober 1995 [act. II 1.1/50]). Nach einem Wohnsitzwechsel der Versicherten wurden die Akten im Jahr 1996 der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) überwiesen (act. II 1.1/43). Nach mehrmaligen Revisionen sprach die IVB der Versicherten weiterhin die bisherige ganze Invalidenrente zu (Verfügungen vom 29. Juli 1997 [act. II 1.1/12], vom 2. Juli 1998 [act. II 1.1/4] und vom 28. März 2001 [act. II 6]).

Im Rahmen einer Revision im Oktober 2007 (act. II 8) veranlasste die IVB eine bidisziplinäre Begutachtung durch die Dres. med. B. _____, Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, und C. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (interdisziplinäre Beurteilung vom 3. Februar 2010 [act. II 33.2 = 35]). Mit Vorbescheid vom 10. Februar 2010 stellte die IVB die Aufhebung der ganzen Invalidenrente in Aussicht (act. II 34); hiergegen erhob die Versicherte Einwände (act. II 36, 40). Die IVB holte in der Folge eine Stellungnahme des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 28. Oktober 2010 (act. II 44) sowie Berichte der behandelnden Ärzte (act. II 45 ff.) ein; danach erfolgten weitere Beurteilungen des RAD vom 21. sowie vom 24. Januar 2011 (act. II 48 f.). Mit Verfügung vom 25. Januar 2011 hob die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 30 % die ganze Invalidenrente per Ende des auf die Zustellung folgenden Monats auf (act. II 52). In der Folge erhob die Versicherte beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde (act. II 53/3), leistete jedoch den Gerichtskostenvorschuss nicht, weshalb auf die Beschwerde mit Urteil IV 200 2011 196 vom 4. April 2011 nicht eingetreten wurde.

B.

Im Oktober 2019 meldete sich die Versicherte erneut bei der IVB an (act. II 60). Diese veranlasste eine interdisziplinäre Begutachtung durch die D._____ (MEDAS; interdisziplinäres Gutachten vom 31. August 2021 [act. II 102.1-102.4]). Gestützt darauf stellte die IVB mit Vorbescheid vom 22. Februar 2023 die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht (act. II 113). Hiergegen erhob die Versicherte am 28. März 2023 Einwände (act. II 117). Mit Verfügung vom 20. April 2023 verneinte die IVB den Anspruch auf eine Invalidenrente (act. II 119).

C.

Mit Eingabe vom 19. Mai 2023 erhob die Versicherte beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie beantragt sinngemäss, die angefochtene Verfügung vom 20. April 2023 sei aufzuheben und ihr sei eine Invalidenrente zuzusprechen.

Nach einem entsprechenden Hinweis des Instruktionsrichters (vgl. prozessleitende Verfügung vom 29. Juni 2023) reichte der behandelnde Dr. med E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Infektiologie, einen Bericht vom 18. Juli 2023 nach.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. August 2023 schliesst 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 20. April 2023 (act. II 119). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin 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 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV [WEIV]) 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 146 V 364 E. 7.2 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 20. April 2023 (act. II 119), womit sie nach

dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potenziellen Entstehung des Rentenanspruchs – unter Berücksichtigung der Neuanmeldung im Oktober 2019 (act. II 60) und der sechsmonatigen Wartefrist (Art. 29 Abs. 1 IVG) – vor dem 1. Januar 2022, weshalb die Bestimmung des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung massgebend sind (vgl. auch Rz. 9101 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherung [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen: BGE 148 V 385 E. 5.2 S. 391, 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

2.2.2 Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295). 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 Prüfungsrahmens (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

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

2.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung).

2.4.1 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 IVV).

2.4.2 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 zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.4.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 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).

2.4.4 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).

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

V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 147 V 234 E. 5.2 S. 237, 115 V 308 E. 4a bb S. 313).

2.5 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 Neuanschuldung vom Oktober 2019 (act. II 60) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der Verfügung vom 25. Januar 2011 (act. II 52), mit welcher die Beschwerdeführerin die seit 1. Januar 1990 ausgerichtete ganze Invalidenrente per Ende Februar 2011 aufgehoben hat, und der hier angefochtenen Verfügung vom 20. April 2023 (act. II 119) eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.2 und 2.4.4 hiavor).

3.2

3.2.1 Die Verfügung vom 25. Januar 2011 (act. II 52) stützte sich in medizinischer Hinsicht massgeblich auf die interdisziplinäre Beurteilung der Dres. med. B._____ und C._____ vom 3. Februar 2010 (act. II 33.2 = 35) und deren rheumatologische und psychiatrische Teilgutachten (act. II 21, 33.1):

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 9. Juni 2009 hielt Dr. med. B._____ fest, es hätten sich somatisch keine die Leistungsfähigkeit beeinträchtigende Befunde erheben lassen. Die HIV-Infektion Stadium C3 sei seit Jahren stabil. Bei stabiler Krankheitsaktivität begründe die im Rahmen von HIV-Erkrankungen auftretende Müdigkeit keine Leistungseinbusse von mehr als 10 % maximal 20 %. Ohne das Suchtverhalten wäre die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht durchaus in der Lage, einer Arbeitstätigkeit in rentenausschliessendem Ausmass nachzugehen (act. II 21/8 f.).

Aus psychiatrischer Sicht könne in erster Linie eine Opiat- und Alkoholabhängigkeit, erstere angeblich vollständig abstinent, letztere erst seit wenigen Monaten abstinent (ICD-10: F11.20 und F10.20) bei fortgesetztem Cannabis- und Zigarettenkonsum festgestellt werden. Rein medizinisch-theoretisch sei der Beschwerdeführerin in Ermangelung einer versicherungsmedizinisch relevanten Diagnose keine psychiatrisch begründbare Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Die Beschwerdeführerin verfüge über vielfältige Ressourcen (soziale Kompetenz, Fremdsprachen, mobilisierbare Verlässlichkeit und Verbindlichkeit; act. II 35/2).

In der interdisziplinären Beurteilung vom 3. Februar 2010 stellten die Dres. med. B._____ und C._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit keine Diagnosen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie das Folgende (act. II 35/2):

- Opiatabhängigkeit, gegenwärtig abstinent ICD-10: F11.20
- Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig (fraglich) abstinent ICD-10: F10.20
- Durch psychotrope Substanzen bedingter Restzustand Verhaltensstörung
- HIV Stadium C3, Diagnose 1994 mit stabilem Verlauf B22

Die Gutachterinnen hielten fest, obschon die Beschwerdeführerin seit mindestens 14 Jahren eine Invalidenrente beziehe, sei die medizinische Dokumentation karg. Die Anamnese stütze sich im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, welche sich nicht objektivieren oder nachkontrollieren liessen. Sie habe angegeben, es sei ihr nach unauffälliger Geburt und frühkindlicher Entwicklung "nicht vergönnt gewesen", ihre Persönlichkeit ohne Drogeneinfluss zu entwickeln; sie habe im Alter von zehn Jahren Zigaretten zu rauchen und ab dem 15. Lebensjahr

Opiate zu konsumieren begonnen. Die gesamte Persönlichkeitsentwicklung ab Erreichen der Jugendjahre habe somit unter dem Einfluss psychotroper Substanzen gestanden. Aus psychiatrischer Sicht habe dies versicherungsmedizinisch zur Konsequenz, dass eine Beurteilung der Persönlichkeitsstruktur unabhängig vom Drogenkonsum unmöglich sei, d.h. es könne nicht differenziert werden, ob primär eine Persönlichkeitsstörung (mit sekundärer Suchtmittelabhängigkeit) oder aber eine "primäre" Suchtmittelabhängigkeit vorliege. Glaube man den Angaben der Beschwerdeführerin, habe sie bis Mitte der 90er-Jahre vorwiegend Opiate intravenös konsumiert, nach gelungenem Entzug zu Beginn der 2000er-Jahre scheine sich das Suchtmittelkonsumverhalten in Richtung exzessives Alkoholtrinken (Wodka und literweise Bier) verlagert zu haben. Begleitend dazu habe sie all die Jahre Cannabis konsumiert (act. II 35/1). Gemessen an der Dauer der Suchtmittelabhängigkeit seien die therapeutischen Aktivitäten spärlich. Erst vor wenigen Jahren (ca. fünf Jahre) sei es ihr gelungen, den Heroinkonsum einzustellen. Seither habe sie keine Therapie mehr gemacht. Insbesondere sei eine psychotherapeutische Behandlung nie ein Thema gewesen. Der objektive psychopathologische Befund sei gänzlich unauffällig, weder fänden sich Störungen der Affektivität noch der Wahrnehmung noch der formalen Denkstörungen. Die Ich-Grenzen seien stabil, der Realitätsbezug intakt, Hinweise für Angst- oder Zwangssphänomene hätten sich keine gefunden. Selbstverletzendes Verhalten habe die Beschwerdeführerin (jenseits des Drogenkonsums) nie gezeigt.

3.2.2 In den Berichten vom 21. und 24. Januar 2011 (act. II 48 f.) führten die Dres. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und G._____, Fachärztin für Psychiatrie, RAD, nach Einholung der Berichte der Hausärztin und des Spitals H._____ das Folgende aus: Dem Bericht der Hausärztin vom 23. Dezember 2010 (act. II 47) könne entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin nicht rückfällig geworden sei und dass sie ihren Alltag bewältigen könne. Aus den Berichten des Spitals H._____ vom 16. November 2010 (act. II 45) und vom 12. Juni 2009 (act. II 47/4 f.) gehe hervor, dass der gesundheitliche Verlauf stabil sei, wobei sich die HIV-Infektion in Remission (supprimierter Virusload) befinde und dass die Aktivität der chronischen Hepatitis gering sei. Es liege auch kein Hinweis auf sekundäre Schäden der beiden Infektionen vor. Das inter-

disziplinäre Gutachten habe einen guten Allgemein- und Ernährungsstatus sowie fehlende somatisch und psychisch bedingte funktionelle Einschränkungen beschrieben. Anhand der zitierten Berichte der Hausärztin und des Spitals H._____ lägen keine Fakten vor, die im Vergleich zur gutachterlichen Referenzsachlage eine gesundheitliche Verschlechterung ausweisen würden, zumal sowohl die Hausärztin als auch die genannte Klinik in ihren Zwischenberichten vom 16. November 2010 (act. II 45) bzw. vom 23. Dezember 2010 (act. II 47) explizit festgehalten hätten, dass der gesundheitliche Zustand stationär sei. Die vom interdisziplinären Gutachten abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Hausärztin und das Spital H._____ lasse sich nur dadurch erklären, dass sich diese Beurteilungen vorwiegend auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und auf das Vorhandensein von IV-fremden Faktoren (wie die mangelnde Ausbildung und das Suchtgeschehen) stützen würden. Aus somatischer Sicht könne bezüglich der Zumutbarkeit der beruflichen Tätigkeit aus Sicht des RAD auf das interdisziplinäre Gutachten abgestellt werden (act. II 48 f.).

3.3 Die angefochtene Verfügung vom 20. April 2023 (act. II 119) stützt sich in medizinischer Hinsicht auf das Gutachten der MEDAS vom 31. August 2021 (act. II 102.1), einschliesslich des rheumatologischen Teilgutachtens vom 31. August 2021 (act. II 102.2), des infektiologischen Konsiliums/Teilgutachtens vom 14. Juni 2021 (act. II 102.3) sowie des psychiatrischen Teilgutachtens vom 24. Juni 2021 (act. II 102.4). Die Dres. med. I._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierten das Folgende (act. II 102.1/3 Ziff. 4.2):

- HIV-Infektion Stadium CDC 3 (1. positiver Test 1994 [vgl. act. II 102.2/1]; ICD-10: B24)
- Chronische Virushepatitis Genotyp A1 (2010; ICD-10: B18.2)
- Acanthamoeba-Keratitis spp [Spezies; alle Mitglieder einer Gattung] auf Kontaktlinsen (03.2019)
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.3)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10: F10.2), Abhängigkeitssyndrom
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (ICD-10: F12.2), Abhängigkeitssyndrom
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide (ICD-10: F11.2), aktuell abstinent

Im Gutachten wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei seit 1997 unter antiretroviraler Behandlung; diese sei mehrmals modifiziert worden. Deren Einhaltung und die Nachsorge sei schwankend gewesen, habe sich jedoch seit der Reduzierung des Alkoholkonsums verbessert. Die Präsenz des Virus im Blut sei seit vielen Jahren nicht mehr nachweisbar. Die Beschwerdeführerin habe eine unbehandelte, leicht aktive chronische Hepatitis C. Sie klage seit drei bis vier Jahren über anhaltende Schmerzen im unteren Rückenbereich und diffuse Gelenkschmerzen. Es werde davon ausgegangen, dass diese Schmerzen im Zusammenhang mit einer erheblichen körperlichen Dekonditionierung wahrscheinlich degenerativen Ursprungs seien (act. II 102.1/2 Ziff. 4.1). Bezüglich der Folgen des chronischen Alkoholismus hätten keine klinischen Hinweise auf eine portale Hypertonie oder ein Leberversagen gefunden werden können. Es sei ein Ausfall der tiefen Sehnenreflexe festgestellt worden, was Teil einer möglichen Neuropathie der unteren Extremitäten sein könne. Es sei keine Ataxie festgestellt worden, es habe keine offensichtliche kognitive Störung und keine Herzinsuffizienz gegeben. Es liege eine emotional labile Persönlichkeit vor. Grundlage dieser Diagnose sei der in der Kindheit beschriebene emotionale Mangel, der seitdem ein Gefühl der Unsicherheit und von Ängsten, verlassen zu werden, mit Auswirkungen schon in jungen Jahren auf zwischenmenschliche Beziehungen, hervorrufe. Es habe zu einer emotionalen Labilität und selbstzerstörerischem Verhalten geführt, zu dem auch Drogenabhängigkeit gehöre, mit einer Opiat- und Alkoholabhängigkeit sowie einer marginalen Lebensführung der Beschwerdeführerin (langjährige Obdachlosigkeit). Es bestehe weiterhin eine anhaltende Alkohol- und Cannabisabhängigkeit; seit 2000 bzw. 2007 nehme sie jedoch keine Opiate mehr. Die durch die Mini-ICF-APP erhaltenen psychologischen Funktionseinschränkungen seien eine Verringerung der Anpassungsfähigkeit, der Flexibilität und der Fähigkeit, sich innerhalb einer Gruppe weiterzuentwickeln. Die Beschwerdeführerin sei in der "bisherigen" und einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig (act. II 102.1/4 Ziff. 4.7 f.). Im Jahr 2007 habe sich die Beschwerdeführerin von der Opiatabhängigkeit entwöhnt und ihre HIV-Erkrankung sei mittels Behandlung gut kontrolliert. Ab dann habe sich die gesundheitliche Situation verbessert. Im Jahr 2019 sei keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verzeichnen. Andererseits erscheine eine erneute Betrachtung der Auswirkungen der gesundheitli-

chen Beschwerden seit 2007 und der Arbeitsfähigkeit seitdem gerechtfertigt; die Arbeitsfähigkeit liege seit damals bei 50 % (act. II 102.1/5 Ziff. 4.9).

3.4

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 Beweismwürdigung 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).

3.5 Das Gutachten der MEDAS vom 31. August 2021 (act. II 102.1), einschliesslich des rheumatologischen und psychiatrischen Teilgutachtens sowie des infektiologischen Konsiliums (act. II 102.2-102.4) erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4.1 hiavor). Die Sachverständigen setzten sich einlässlich mit den Angaben der Beschwerdeführerin zu den gesundheitlichen Einschränkungen auseinander (act. II 102.1/2 ff. Ziff. 4, 102.2/13 Ziff. 8, 102.4/8 ff. Ziff. 7 f.). Die Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen (act. II 102.2 ff.) und sind in Kenntnis der Vorakten erfolgt (act. II 102.2/2 ff.). Basierend darauf stellten die Sachverständigen die medizinischen Befunde (act. II 102.2/11 Ziff. 4, 102.4/5 f.), die zu stellenden

Diagnosen (act. II 102.1/3 Ziff. 4.2, 102.4/6 Ziff. 6 ff.) und die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen grundsätzlich nachvollziehbar und einleuchtend dar. Die Gutachter nahmen auch in überzeugender Weise zur Konsistenz und Plausibilität (act. II 102.4/9 Ziff. 7.3) sowie zu den Belastungsfaktoren und Ressourcen (act. II 102.4/9 Ziff. 7.4) Stellung.

Die Sachverständigen hielten überzeugend fest, dass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welche sie zur Neuanmeldung im Oktober 2019 veranlasst habe (Acanthamoeba-Keratitis), sich nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke; dies gelte auch für die chronische Hepatitis C. Die HIV-Infektion, bekannt seit 1994, werde behandelt (Virus im Blut seit vielen Jahren nicht mehr nachweisbar). Die Beschwerdeführerin klagte nach Einnahme der Medikamente während mehreren Stunden am Morgen über Übelkeit und eine Asthenie (Schwäche/Kraftlosigkeit), weshalb ihr die Sachverständigen aufgrund der Nebenwirkungen der Behandlung eine 40%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestierten (act. II 102.1/5 Ziff. 4.9). In psychiatrischer Hinsicht gingen die Sachverständigen zudem von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus und begründeten dies mit der Persönlichkeitsstörung, den erheblichen Angstzuständen und Stimmungsschwankungen (act. II 102.4/6 ff. Ziff. 6b). Gesamthaft attestierten sie in der Folge, dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2007 auch in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % eingeschränkt sei (act. II 102.1/6).

Bezüglich der in psychischer Hinsicht attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % kann offenbleiben, ob dieser Einschätzung auch aus rechtlicher Sicht (vgl. E. 2.2.2 hiervor) zu folgen ist. Denn einerseits überlappt sich diese (weitgehend) mit derjenigen aus somatischen Gründen von 40 %. Andererseits besteht auch mit Blick auf die nachfolgenden Ausführungen (E. 3.6 hiernach) kein Anlass für ein strukturiertes Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281.

Die Beschwerdeführerin zieht das MEDAS-Gutachten vom 31. August 2021 nicht in Zweifel, sie verweist jedoch auf den behandelnden Infektiologen Dr. med. E. _____, welcher in seiner Stellungnahme vom 18. Juni 2023 (in den Gerichtsakten) vorbringt, seine langjährige Erfahrung decke sich mit den Einschätzungen der MEDAS-Gutachter. Damit teilt er die Beurteilung

der MEDAS und beanstandet die frühere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Dres. med. B._____ und C._____, denn diese stehe gemäss ihm in Diskrepanz zu der von der MEDAS attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 %. Neue medizinische Befunde führt er jedoch nicht an (vgl. dazu E. 3.6 hiernach). Es bestehen damit – bis auf die retrospektiv zwischen den beiden aktenkundigen Gutachten divergierenden Beurteilungen der zumutbaren Arbeitsfähigkeit – keine medizinischen Akten, welche Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens zu wecken vermöchten. Der medizinische Sachverhalt ist hinreichend abgeklärt.

3.6 Zu prüfen ist in der Folge, ob eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eintrat. Referenzzeitpunkt bildet die Verfügung vom 25. Januar 2011 (act. II 52), welche auf die interdisziplinäre Beurteilung der Dres. med. B._____ und C._____ vom 3. Februar 2010 abstelle und worin in somatischer und psychiatrischer Hinsicht keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (act. II 35/2). Im Vergleich dazu gingen die Sachverständigen der MEDAS in somatischer und psychischer Hinsicht nunmehr von einer insgesamt bloss 50%igen Arbeitsfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit aus. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelte seit dem Jahr 2007 (act. II 102.2/13 Ziff. 8.1, 102.4/11 Ziff. 8b) und habe sich seither nicht verändert. Diese Einschätzung begründete sich vor allem durch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. J._____, welcher davon ausgeht, dass die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen am häufigsten eine Komorbidität bei Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung sei; diese würden die Substanzen als Mittel benutzen, um ihre Emotionen zu regulieren und um ihre Ängste im Zaum zu halten. Unter Kritik an der interdisziplinären Beurteilung der Dres. med. B._____ und C._____ vom 3. Februar 2010 führte er aus, diese hätten weder die traumatische Vergangenheit noch die Charakterstörungen zusammen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung der Beschwerdeführerin berücksichtigt (act. II 102.4/7 f.). Demgegenüber gingen Dres. med. B._____ und C._____ davon aus, dass aufgrund des frühen Drogenkonsums in der Jugendzeit eine Beurteilung der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin unabhängig vom Drogenkonsum nicht möglich sei, d.h. es könne nicht differenziert werden, ob primär eine

Persönlichkeitsstörung (mit sekundärer Suchtmittelabhängigkeit) oder aber eine "primäre" Suchtmittelabhängigkeit vorgelegen habe (act. II 33.2/1); die Persönlichkeitsaspekte fanden mithin bereits im Rahmen des Vorgutachtens Eingang. Eine andere Beurteilung des von den MEDAS-Gutachtern selbst als seit 2007 unverändert beschriebenen Zustands erfolgte auch in somatischer Hinsicht; die frühere Gutachterin Dr. med. B. _____ ging 2010 davon aus, dass die Beschwerden im Zusammenhang mit der HIV-Erkrankung eine Leistungseinbusse von maximal 20 % begründen würden (act. II 21/8 f.). Demgegenüber attestierten die MEDAS-Gutachter aus somatischen Gründen eine 40%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. II 102.1/5 Ziff. 4.9). Damit ergibt der Vergleich der beiden interdisziplinären Gutachten, dass lediglich eine unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel unerhebliche unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts vorliegt (vgl. E. 2.4.5 hiavor); dies insbesondere auch mit Blick auf den Umstand, dass die Sachverständigen der MEDAS – wie erwähnt – ausdrücklich festhielten, dass ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit bereits seit dem Jahr 2007 Gültigkeit habe (act. II 102.2/13 Ziff. 8.1, 102.4/11 Ziff. 8b), d.h. sich seither auch nicht verändert habe.

Weitere Revisionsgründe, insbesondere erwerbliche, sind ebenfalls nicht erstellt und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Insgesamt ist damit im hier massgebenden Zeitraum (vgl. E. 3.1 hiavor) kein Revisionsgrund erstellt. Es ist daher weder ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 noch ein Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) durchzuführen (Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2021 vom 9. August 2021 E. 7).

4.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 20. April 2023 (act. II 119) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 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.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.