

200 23 785 IV  
KOJ/PES/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 2. April 2024**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Jakob  
Gerichtsschreiber Peter

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. September 2023



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1968 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im November 2005 unter Hinweis auf eine seit dem 23. August 2005 bestehende krankheitsbedingte Behinderung erstmals bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Nach einer interdisziplinären Begutachtung im Jahr 2006 (act. II 21 f., 23 f.) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. Januar 2007 bei einem Invaliditätsgrad von 33 % einen Anspruch auf eine Rente (act. II 27). Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 30) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 13. November 2007 (IV 67841; act. II 35) ab. Das Urteil blieb unanfechtbar.

Auf eine im April 2008 erfolgte Neuanmeldung trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. Oktober 2008 nicht ein (act. II 37, 49). Diese Verfügung blieb unanfechtbar.

Am 13. November 2018 meldete sich die Versicherte ein weiteres Mal bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an, dies unter Hinweis auf Schmerzen im Rücken, in beiden Schultern und Füßen sowie an einer Hand (act. II 55). Die IV-Stelle nahm in der Folge erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor und holte einen Bericht des zuständigen Sozialdienstes ein (act. II 63, 69, 73, 79 f.). Am 4. Juni 2019 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, gemäss den getätigten Abklärungen könnten keine Eingliederungsmassnahmen mit Aussicht auf Erfolg durchgeführt werden (act. II 82). Im weiteren Verlauf liess die IV-Stelle die Versicherte durch das Begutachtungszentrum B. \_\_\_\_\_ multidisziplinär begutachten (siehe MEDAS-Gutachten vom 21. Oktober 2019 inkl. interdisziplinärer Gesamtbeurteilung, Teilgutachten und Beilagen [act. II 94.1 - 94.9]) und im Anschluss durch ihren Abklärungsdienst einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb erstellen (Bericht vom 24. Januar 2020 [act. II 98]). Darin wurde – ausgehend von einem Status von 20 % Erwerb und 80 % Haushalt – im erwerblichen Bereich eine Einschränkung von 10 % und im Haushalt eine

solche von 0.3 % ermittelt, was gewichtet einen Invaliditätsgrad von 2 % ergab (act. II 98 S. 8). Mit Verfügung vom 24. März 2021 verneinte die IV-Stelle bei einem Invaliditätsgrad von 2 % den Anspruch auf eine Invalidenrente (act. II 143). Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde (act. II 144 S. 3 ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 6 % mit Urteil vom 23. Juli 2021 (IV/2021/293; act. II 149) ab. Dieses Urteil blieb unangefochten.

Im Juli 2022 meldete sich die Versicherte mit Einreichung eines Revisionsfragebogens erneut zum Bezug einer Rente der Invalidenversicherung an (act. II 159). Nach Einholung aktueller Berichte der behandelnden Ärzte (vgl. act. II 170, 176 S. 3 ff, 179, 180 S. 2, 188, 193, 196) und Rücksprache mit dem RAD (act. II 181 - 184) erachtete die IV-Stelle eine bidisziplinäre Verlaufsbeurteilung in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Rheumatologie als erforderlich (act. II 185). Die Auftragsvergabe erfolgte nach dem Zufallsprinzip an die Dres. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation (act. II 191 f.). Mit Mitteilung vom 31. Mai 2023 hielt die IV-Stelle gegenüber der Versicherten fest, gemäss ihren Abklärungen seien zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich (act. II 198). Am 6. Juni 2023 kamen der IV-Stelle die in Auftrag gegebenen medizinischen Gutachten (das rheumatologische Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 10. Mai 2023 [act. II 200.1] und das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 25. Mai 2023 samt interdisziplinärer Gesamtbeurteilung [act. II 199.1]) zu. Nach entsprechendem Vorbescheid (act. II 203) wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten mit Verfügung vom 26. September 2023 erneut ab. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der letzten massgeblichen Verfügung vom 24. März 2021 sei nicht ausgewiesen (act. II 207).

## **B.**

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte am 30. Oktober (Postaufgabe am 3. November) 2023 Beschwerde mit den sinngemässen Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine

Invalidenrente zuzusprechen. Zudem stellte sie einen Antrag auf unentgeltliche Rechtspflege.

In der Beschwerdeantwort vom 6. Dezember 2023 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 7. Dezember 2023 wurde das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wegen Aussichtslosigkeit der Beschwerde abgewiesen. Die Beschwerdeführerin leistete in der Folge fristgerecht den verfügten Gerichtskostenvorschuss.

Am 8. Februar 2024 kam dem Verwaltungsgericht eine Eingabe der Beschwerdegegnerin samt Beilage (Akten der Beschwerdegegnerin [act. IIA] 1) zu. Ein Doppel inkl. Beilage ging in der Folge an die Beschwerdeführerin.

## **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** Angefochten ist die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. September 2023 (act. II 207). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin im Rahmen der Neuanmeldung vom Juli 2022 (vgl. act. II 159) Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

**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** 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesund-

heitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2021 IV Nr. 76 S. 257 E. 4.2.1). Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**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). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1<sup>bis</sup> und 1<sup>ter</sup> nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 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.

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.

**2.4** Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Neu anmeldung oder Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode, welche sich aus dem Status ergibt. Dieser bestimmt sich nach Art. 24<sup>septies</sup> Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) nach den erwerblichen Verhältnissen, in denen sich die versicherte Person befinden würde, wenn sie nicht gesundheitlich beeinträchtigt wäre. Gemäss Art. 24<sup>septies</sup> Abs. 2 IVV gilt eine versicherte Person als erwerbstätig nach Art. 28a Abs. 1 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % oder mehr entspricht (lit. a). Die versicherte Person gilt als nicht erwerbstätig nach Art. 28a Abs. 2 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall keine Erwerbstätigkeit ausüben würde (lit. b) respektive als teilerwerbstätig nach Art. 28a Abs. 3 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, die einem Beschäftigungsgrad von weniger als 100 % entspricht (lit. c). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem

Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30; 2020 IV Nr. 72 S. 251 E. 4.1.1).

**2.5** Gemäss Art. 28a Abs. 1 Satz 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). Der Bundesrat umschreibt die zur Bemessung des Invaliditätsgrades massgebenden Erwerbseinkommen sowie die anwendbaren Korrekturfaktoren (Art. 28a Abs. 1 Satz 2 IVG). Gemäss Art. 28a Abs. 2 IVG wird bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, für die Bemessung des Invaliditätsgrades in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; vgl. auch BGE 142 V 290 E. 4 S. 293). Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, der Invaliditätsgrad für diesen Teil nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird der Invaliditätsgrad für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen. Gemäss Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 1 IVV werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen die Invaliditätsgrade in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich zusammengezählt. Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit wird gemäss Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV das Einkommen ohne Invalidität auf eine Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % entspricht, hochgerechnet (lit. a), das Einkommen mit Invalidität auf der Basis einer Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % entspricht, berechnet und ent-

sprechend an die massgebliche funktionelle Leistungsfähigkeit angepasst (lit. b) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrades, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (lit. c). Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird nach Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt (lit. a) und der Anteil nach lit. a anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Abs. 2 lit. c und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Abs. 3 lit. b).

**2.6** 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). Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad 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 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).

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).

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).

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom Juli 2022 (act. II 159) eingetreten und hat über den Leistungsanspruch materiell entschieden (act. II 207). Die Frage des Eintretens auf die Neuanschuldung ist deshalb – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (E. 2.6 erster Absatz in fine hiervor). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich vorliegend durch Vergleich des Sachverhalts zur Zeit der Verfügung vom 24. März 2021 (act. II 143) mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 26. September 2023 (act. II 207) entwickelt hat.

**3.2** Die Verfügung vom 24. März 2021 (act. II 143) stützte sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 21. Oktober 2019 (act. II 94.1 - 94.9) samt Ergänzung vom 28. September 2020 (act. II 116.1). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lagen damals ein multilokuläres Schmerzsyndrom, eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradig (ICD-10: F33.0), sowie eine Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) vor (act. II 94.1 S. 9). Nach einer eingehenden Konsensbesprechung kamen die Gutachter damals zum Schluss, bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitsvolumen bestehe aufgrund der depressiven Störung respektive des labilen psychischen Zustands sowie der Schmerzproblematik sowohl in Bezug auf die angestammte Tätigkeit als auch in Bezug auf eine adaptierte Tätigkeit seit Juli 2017 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %. Angepasst sei eine körperlich wechselbelastende Tätigkeit ohne körperlich schwere und häufig mittelschwere Belastungen

und ohne repetitive Überkopfarbeiten (Kopfreklination). In einer diesen Kriterien angepassten Tätigkeit lasse sich aus neurologischer Sicht mit dem organischen Beschwerdekern – der einen etwas erhöhten Pausenbedarf und eine leicht reduzierte Belastbarkeit plausibilisiere – bei vollschichtig zumutbarer Arbeitsfähigkeit eine Leistungseinschränkung von 10 % begründen. Diese sei nicht additiv zur 30%igen Leistungseinschränkung aus psychiatrischer Sicht (act. II 94.1 S. 14 f.).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 26. September 2023 (act. II 207) im Wesentlichen auf die bidisziplinäre (Verlaufs-)Beurteilung durch die Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_\_ vom Mai 2023 (act. II 199.1 und 200.1). Diese ergab als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einzig eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode (ICD-10: F33.0). Zudem wurden aus psychiatrischer Sicht als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie akzentuierte (histrionische) Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) festgehalten (act. II 199.1 S. 23). In somatischer Hinsicht fanden sich keine Diagnosen mit länger dauernder Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurden ausgeprägte Zeichen eines somatisch nicht erklärbaren Schmerzsyndroms, eine muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits, ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der HWS mit Spondylarthrosen und Diskopathien HWK4 bis HWK6, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit begleitenden ansatztendinotischen Beschwerden am medialen dorsalen Beckenkamm beidseits und spondylogener Schmerzausstrahlung in beide Beine bei beginnenden Diskopathien LWK3 bis SWK1 und Spondylarthrosen LWK3 bis SWK1 beidseits, Spreizfüsse, ein Hallux valgus beidseits sowie ein Status nach Arthroskopie des rechten Handgelenks mit Débridement, Ulnaverkürzungsosteotomie, Exzision eines dorsalen Handgelenkganglions sowie partieller Denervation des Handgelenks am 3. Juli 2020 bei ulnokarpalem Impaktionssyndrom im Bereich des rechten Handgelenks mit grosser TFCC-Läsion und dorsalem Handgelenkganglion rechts (act. II 200.1 S. 16). Die somatischen Diagnosen würden den klinischen Untersuchungsbefunden entsprechen,

wobei bezüglich der Nacken- und Kreuzschmerzen festzuhalten sei, dass aktuell weder klinische Zeichen einer segmental symptomatischen Diskopathie noch eines Facettensyndroms oder einer Radikulärsymptomatik vorlägen. Im Vordergrund stünden weiterhin die typischen klinischen Befunde eines somatisch nicht erklärbaren Beschwerdebildes, wie sie in der Diagnoseliste aufgeführt seien. Dazu passe auch der fehlende positive Therapieeffekt nach der Operation vom 3. Juli 2020 (act. II 200.1 S. 16 f.).

In der Aktenlage werde stellenweise die Diagnose eines Complex Regional Pain Syndromes (CRPS) erwähnt. Sie sei ursprünglich am 16. November 2020 als Verdachtsdiagnose geäussert worden, weil die rechte im Vergleich zur linken Hand leicht geschwollen und ganz leicht livide verfärbt gewesen sei. Im rheumatologischen Teilgutachten vom 12. September 2019 und damit präoperativ sei allerdings bereits festgehalten, dass das Hautkolorit rechts gegenüber links diskret etwas livide sei. Sodann seien in der kernspintomographischen Untersuchung des rechten Handgelenks am 31. Dezember 2020 keine Verdachtsmomente bezüglich eines CRPS geäussert worden. Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Handchirurgie, habe in seinen Berichten vom 10. Juni und 7. November 2022 ohne weitere Begründung die Diagnose CRPS aufgeführt und diese in seinem Bericht vom 10. Januar 2023 – ebenfalls ohne Begründung – wieder weggelassen. Aus gutachterlicher rheumatologischer Sicht sei die Diagnose nicht zu bestätigen (act. II 200.1 S. 17).

Der Therapieverlauf mit weiterhin fehlendem Ansprechen auf somatisch ausgerichtete Behandlungsmassnahmen operativer, medikamentöser, physiotherapeutischer und ergotherapeutischer Art passe zu einem im Vordergrund stehenden somatisch nicht erklärbaren Beschwerdebild (act. II 200.1 S. 17). In Übereinstimmung mit den Angaben im rheumatologischen Teilgutachten vom 12. September 2019 sei weiterhin von einer verminderten Belastbarkeit der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule auszugehen, dies im Sinne eines somatischen Kerns entsprechend den dargestellten degenerativen Veränderungen. Zusammenfassend würden die qualitativen und quantitativen Einschränkungen des rheumatologischen Teilgutachtens vom 12. September 2019 bestätigt. Der Versicherten seien weiterhin nur noch

körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere und bezüglich der Halswirbelsäule und Lendenwirbelsäule rückenadaptierte Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen rekliniert und vornüber geneigt und ohne wiederholte Bück- und Torsionsbewegungen möglich (act. II 200.1 S. 18). Ohne Berücksichtigung einer vorübergehenden postoperativen Arbeitsunfähigkeit in der Grössenordnung von drei Monaten (Juli bis September 2020) bestehe aus rein rheumatologischer Sicht weiterhin keine begründbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. 200.1 S. 19). Der Gesundheitszustand habe sich aus rein rheumatologischer Sicht seit dem 24. März 2021 nicht verschlechtert (act. II 200.1 S. 20).

Während der psychiatrischen Untersuchung hätten Mimik und Gestik immer wieder Schmerzen im Bereich der rechten Hand, aber auch der thorakolumbalen Wirbelsäule angedeutet. Den rechten Arm habe die Versicherte zum Teil bewegungslos angewinkelt am Oberkörper gehalten, teilweise aber auch völlig normal bewegen können, beispielsweise am Ende der Exploration, wenn sie sich mit einem Schmerzgebaren vom Stuhl erhoben und sich dabei mit beiden Händen auf den Stuhllehnen abgestützt habe. Insgesamt sei in diagnostischer Hinsicht von einer chronischen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen auszugehen. Aufgrund der beschriebenen Diskrepanzen und Inkonsistenzen sei der Schweregrad des somatoformen Anteils an der chronischen Schmerzstörung jedoch als gering zu beurteilen (act. II 199.1 S. 23 f.).

Anamnestisch liessen sich die Symptome der zeitweise bedrückt-traurigen, zeitweise fröhlichen, zeitweise nervösen und gereizten Stimmung, der verminderten Energie, der häufigen Müdigkeit, der schmerzbedingten Durchschlafstörung, der Vergesslichkeit, der verminderten Konzentrationsfähigkeit, des verminderten Appetits mit gleichzeitiger Gewichtszunahme von 15 kg seit 2 Jahren sowie des geringen Selbstwertgefühls und des zeitweiligen Gefühls einer allgemeinen Sinnlosigkeit eruieren. Diese Symptome erfüllten die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien. In ursächlicher Hinsicht seien für die Depression die andauernden Schmerzen zu nennen, zudem aber auch die 4.5 Monate dauernde Inhaftierung der Tochter im Jahr 2020 sowie die erste konflikthafte Ehe mit einem gewalttätigen Mann. Während der aktuellen Untersuchung sei die

Stimmung beim Gespräch über die Beschwerden zweitweise bedrückt und traurig gewesen, beim Gespräch über Themen ausserhalb des Beschwerdebereichs sei die Stimmung jedoch aufgehellt. Die Versicherte habe dann immer wieder lächeln und ein paar wenige Male verhalten lachen können. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren sei der Schweregrad der Depression aktuell als leichtgradig zu beurteilen. Dazu passend sei die Tatsache, dass sich anamnestisch keine andauernd bedrückt-traurige oder gereizt-aggressive Stimmung, zudem auch keine andauernd verminderte Energie sowie insbesondere keine Freud-, Lust- oder Interesselosigkeit nachweisen liessen. Es komme hinzu, dass die psychosoziale Funktionsfähigkeit in der Beziehung mit ihren drei Kindern, aber auch ihren beiden Schwestern und dem Bruder als auch mit einer Nachbarin und fünf bis sechs guten Freundinnen resp. ehemaligen Arbeitskolleginnen als weitgehend intakt betrachtet werden könne. Ebenfalls gegen einen mittelgradigen oder gar schweren Schweregrad der Depression spreche die Tatsache, dass die Versicherte über einen Tagesablauf berichte, dem zu entnehmen sei, dass sie die anfallenden Alltagsarbeiten ohne grössere Probleme bewältigen könne. Aufgrund der längeren Dauer der Depression sei in diagnostischer Hinsicht insgesamt von einer rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode auszugehen. Auffallend dabei sei die Tatsache, dass sich ab Februar 2020 infolge der (offenbar wegen Drogendelikten) erfolgten Inhaftierung der Tochter während 4.5 Monaten vorübergehend eine Verschlechterung der depressiven Beschwerden entwickelt habe (act. II 199.1 S. 24).

Während der aktuellen Untersuchung sei eine Dramatisierungstendenz und zeitweise auch eine histrionische Ausgestaltungstendenz aufgefallen. In diagnostischer Hinsicht sei von akzentuierten histrionischen Persönlichkeitszügen auszugehen. Diese hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 199.1 S. 24 f.).

Im Vergleich mit den Befunden des psychiatrischen Teilgutachtens vom 19. September 2019 liessen sich keine relevanten Diskrepanzen erkennen. Vom aktuell behandelnden Psychiater Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, würden im Bericht vom 14. November 2022 eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer

Episode sowie chronische Schmerzen des rechten Handgelenks und der Wirbelsäule diagnostiziert. Im Vergleich mit den Befunden jenes Berichts liessen sich aktuell keine Antriebslosigkeit sowie keine andauernd bedrückte Stimmungslage und insbesondere keine relevanten kognitiven Defizite nachweisen. Diese unterschiedliche Einschätzung der Beschwerden lasse die diskrepante Einschätzung des Schweregrads der Depression weitgehend erklären. Im Bericht des behandelnden Psychiaters würden zudem keine Angaben betreffend den Verlauf gemacht, obwohl eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert werde. Dies sei als nicht nachvollziehbar zu betrachten (act. II 199.1 S. 25).

Des Weiteren sei ein Bericht des ehemals behandelnden Psychiaters Dipl. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zu nennen. In diesem sei eine bipolare Störung Typ II mit Mischzuständen sowie eine Double-Depression mit persistierender Depression und typischer submissiv-feindseliger Persönlichkeitsveränderung diagnostiziert worden. Im Vergleich mit den Befunden jenes Berichts lasse sich aktuell keine ständige starke Trauer sowie keine Kraft- oder Teilnahmslosigkeit und auch keine Anhedonie nachweisen. In jenem Bericht werde zudem das Springen von einem Thema zum anderen als hypomanisches Syndrom diagnostiziert. Dieses Symptom alleine könne jedoch keine hypomanische oder manische Phase begründen. Die Diagnose einer bipolaren Störung lasse sich weder aufgrund der aktuellen Untersuchung noch aufgrund der im Bericht selbst genannten Befunde bestätigen. Es lasse sich auch kein schwerer Schweregrad der Depression objektivieren. In den Berichten der aktuell und früher behandelnden Psychiater sei keine Symptomvalidierung vorgenommen worden, was als nicht nachvollziehbar zu betrachten sei, zumal während der aktuellen Untersuchung als auch während der gutachterlichen Untersuchung von 2019 erhebliche Diskrepanzen und Widersprüchlichkeiten in den Angaben der Versicherten hätten festgestellt werden müssen (act. II 199.1 S. 25 f.).

Schliesslich lägen diverse Berichte von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Praktischer Arzt, vor. Im jüngsten Bericht vom 16. März 2020 würden keine Befunde beschrieben, so dass dazu keine Stellungnahme erfolgen könne. Es werde eine rezidivierende

depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode diagnostiziert. Diese werde jedoch vorwiegend auf die subjektiv geklagten Beschwerden der Versicherten abgestützt, was als nicht zulässig zu betrachten sei. Gleiches gelte für den Bericht vom 20. Mai 2019. Vor allem liessen sich aufgrund der aktuellen Untersuchung keine reduzierten sozialen Kontakte nachweisen, auch keine eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit sowie keine andauernd bedrückt-traurige Stimmung (act. II 199.1 S. 26).

Bei der Versicherten liessen sich auch Ressourcen erkennen. Diesbezüglich sei insbesondere die weitgehend intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit zu nennen. In der Persönlichkeitsstruktur könnten zudem keine schwerwiegenden Psychopathologien festgestellt werden, welche als Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gewertet werden könnten. Es liessen sich zudem keine schwerwiegenden psychiatrischen Komorbiditäten feststellen. Das Fähigkeitsniveau sei aus psychiatrischer Sicht gemessen am Ratingbogen MINI-ICF-APP als leichtgradig eingeschränkt zu beurteilen. Insbesondere seien die Durchhaltefähigkeit, bis zu einem gewissen Grad auch die Durchsetzungsfähigkeit sowie die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit als eingeschränkt zu beurteilen. Die übrigen Items des Ratingbogens MINI-ICF-APP könnten als nicht relevant eingeschränkt betrachtet werden. An Funktionseinschränkungen zu nennen seien die Beschwerden von Seiten der rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatischem Syndrom. Diese führten zu einer verminderten psychophysiologischen Belastbarkeit und dadurch auch einer verminderten Arbeitsfähigkeit. Bezüglich der Standardindikatoren sei festzuhalten, dass in der Kategorie funktioneller Schweregrad die Gesundheitsschädigung bezüglich der Depression als leichtgradig ausgeprägt zu beurteilen sei. Ein relevanter Behandlungserfolg sei bis heute nicht eingetreten, trotz der bisher erfolgten Therapien. Komorbiditäten liessen sich indes nicht nachweisen. Im Bereich der Persönlichkeit liessen sich keine relevanten schwerwiegenden Psychopathologien erkennen. Im Bereich sozialer Kontext lasse sich eine weitgehend intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit feststellen. In der Kategorie Konsistenz seien diverse Inkonsistenzen und Widersprüchlichkeiten festzustellen. Es müsse auch von einer ungleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ausgegangen

werden. Allein aufgrund des ausgewiesenen Leidensdrucks auf Basis der Behandlungs- und Eingliederungsanamnese sei von einem leichtgradigen Leidensdruck auszugehen. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren weisen die Standardindikatoren auf keine schwerwiegende psychiatrische Krankheit hin. Zudem sei der somatoforme Anteil an der chronischen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen als sehr gering zu beurteilen. Diesem komme kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (act. II 199.1 S. 27 f.).

Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei auf die Beschwerden der depressiven Störung respektive des labilen psychischen Zustands zurückzuführen. Bei einer Tätigkeit benötige die Versicherte vermehrt Erholungszeit. Seit dem psychiatrischen Teilgutachten vom September 2019 bis heute sei unverändert von einer 30%igen Verminderung der Leistungsfähigkeit bei einem vollen Arbeitspensum auszugehen. Im Jahr 2020 sei es vorübergehend zu einer etwas höheren Leistungseinschränkung von schätzungsweise 40 % während etwa fünf Monaten ab Februar 2020 gekommen (act. II 199.1 S. 28). Unter Berücksichtigung des rheumatologischen Belastbarkeitsprofils und der Tatsache, dass aus rein rheumatologischer Sicht von Juli bis September 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit bestanden habe, könne als gemeinsame Konsensbeurteilung diejenige des psychiatrischen Gutachtens uneingeschränkt übernommen werden. Eine Addition lasse sich nicht begründen, da bei der Beeinträchtigung durch die Depression die Schmerzen bereits mitberücksichtigt würden (act. II 199.1 S. 35).

**3.4** 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).

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1).

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 Interpreta-

tion 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 der angefochtenen Verfügung vom 26. September 2023 (act. II 207) zugrundeliegenden Gutachten der Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_\_ vom Mai 2023 (act. II 199.1 und 200.1; vgl. E. 3.3 hiavor) erfüllen sämtliche der in E. 3.4 hiavor genannten, von der Rechtsprechung an solche Expertisen gestellten Anforderungen. Sie sind im Hinblick auf die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. In der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation sind sie einleuchtend und die getätigten Schlussfolgerungen sind begründet. Sodann setzen sie sich überzeugend mit der neu anmeldungsrechtlich relevanten Frage nach einer gesundheitlichen Veränderung im hier massgebenden Zeitraum auseinander. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Gutachten sprechen würden, sind keine ersichtlich. Der Umstand, dass die behandelnden Ärzte die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin anders beurteilen als die Gutachter (vgl. Beschwerde Abs. 2), ist nicht geeignet, die Gutachten in Frage zu stellen und zum Anlass weitere Abklärungen zu nehmen, da sich in den Berichten der behandelnden Ärzte – wie auch in den übrigen Akten – nichts findet, was von den Gutachtern unerkannt oder ungewürdigt geblieben wäre.

Dies gilt auch für die beschwerdeweise eingereichten resp. im Beschwerdeverfahren eingegangenen neuen Berichte der behandelnden Ärzte, die – soweit sie die Zeit bis zur angefochtenen Verfügung betreffen – vorliegend miteinzubeziehen sind. Neue oder veränderte Befunde finden sich weder in den seit der Begutachtung vom Mai 2023 neu erstellten Berichten des Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 11. September 2023 (act. II 206), 31. Oktober 2023 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3) und 30. Januar 2024 (act. IIA 1) noch in der ärztlichen Stellungnahme von Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie, vom 9. Oktober 2023 (act. I 2). Das MRI vom 30. November 2022 (act. II 200.2), auf das sich Dr. med. I.\_\_\_\_\_ im Wesentlichen stützt, lag den Gutachtern vor und wurde bei der gutachterli-

chen Beurteilung berücksichtigt (vgl. rheumatologisches Gutachten vom 10. Mai 2023 [act. II 200.1] S. 8 f. und S. 16). Gleiches gilt mit Blick auf den ärztlichen Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 27. September 2023 (act. I 4). Darin werden unverändert zu seinem Bericht vom 14. November 2022 (act. II 179) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, sowie chronische Schmerzen des rechten Handgelenks und der Wirbelsäule diagnostiziert. Diese Beurteilung des Dr. med. F. \_\_\_\_\_ war den Gutachtern anlässlich der Begutachtung bekannt und es fand im psychiatrischen Teilgutachten denn auch eine explizite Auseinandersetzung damit statt, mit dem Ergebnis, dass der Beurteilung einer schweren Depression nicht gefolgt werden kann (act. II 199.1 S. 25; vgl. act. II 199.1 S. 24). Im Übrigen lässt sich die divergierende Einschätzung des behandelnden Psychiaters damit erklären, dass er – ohne sich mit diesen Diskrepanzen kritisch auseinanderzusetzen – von anamnestischen Angaben ausgeht, die im Widerspruch zur detailliert erhobenen Anamnese im psychiatrischen Teilgutachten stehen (z.B. puncto soziale Isolation; vgl. act. II 199.1 S. 17 Ziff. 3.2.7).

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin den Gutachten der Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und C. \_\_\_\_\_ vom Mai 2023 (act. II 199.1 und 200.1) zu Recht in medizinischer Hinsicht volle Beweiskraft zuerkannt. Ob der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % bei als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einzig diagnostizierter rezidivierender depressiver Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode (ICD-10: F33.0) aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann (vgl. hierzu BGE 148 V 49), braucht vorliegend nicht abschliessend beurteilt zu werden. Der medizinische Sachverhalt hat sich seit der Verfügung 24. März 2021 (act. II 143) nicht relevant verändert. Was die von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ attestierte dreimonatige Arbeitsunfähigkeit nach der Operation vom 3. Juli 2020 anbelangt, liegt dies nicht im hier massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor). Ein anderer Revisions- resp. Neuanmeldungsgrund wird nicht geltend gemacht. Liegt seit der letzten rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung vor, so ist die Beschwerde so oder anders abzuweisen (vgl. E. 2.6 hiervor). Doch selbst wenn man einen Revisionsgrund in Bezug auf den Status annehmen würde, da die Zwillingssöhne der Beschwerdeführerin bei Erlass der angefoch-

tenen Verfügung bereits 15 Jahre alt (act. II 55 S. 2) und damit weniger betreuungsbedürftig waren und man deswegen zu Gunsten der Beschwerdeführerin neu von einer vollen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall ausgehen würde, resultierte selbst unter Berücksichtigung der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit von 30 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Da das Einkommen, das die Beschwerdeführerin 2023 als Gesunde tatsächlich verdient hätte, aufgrund ihrer Erwerbsbiografie mit verschiedensten Tätigkeiten in kleinen Pensen unterbrochen von Arbeitslosigkeit (vgl. act. II 165) nicht hinreichend genau bestimmt werden kann, wären vorliegend Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen (vgl. Art. 26 Abs. 4 i.V.m. Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV). Damit erübrigte sich deren genaue Ermittlung. Der Invaliditätsgrad entspräche diesfalls dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (in BGE 148 V 321 nicht publizierte E. 6.2 des Entscheids des Bundesgerichts vom 27. Juni 2022, 8C\_104/2021). Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1<sup>bis</sup> IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Da dies im Falle der Beschwerdeführerin nicht zutrifft, betrüge deren Invaliditätsgrad nach dem Dargelegten maximal 30 %. Damit erübrigen sich Weiterungen zur Frage der juristischen Massgeblichkeit der psychiatrischen Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung im Sinne einer Indikatorenprüfung wie auch zum Status. Eine Invalidität in rentenbegründendem Ausmass ist so oder anders zu verneinen.

**3.6** Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. September 2023 (act. II 207) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unab-

hängig 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.

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**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:

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.