

200 23 838 IV und
200 23 839 IV (2)
ISD/BRO/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 25. Oktober 2024

Verwaltungsrichter Isliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
vertreten durch B. _____, Advokatin C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügungen vom 24. und 26. Oktober 2023



Sachverhalt:

A.

Die 1966 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) bezog aufgrund psychischer Beschwerden ab dem 1. Februar 2001 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung (IV), welche vorübergehend für die Zeit vom 1. Mai 2004 bis 31. Juli 2004 in eine halbe Härtefallrente umgewandelt wurde (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II, act. IIA] act. II 1, 30, 41 f., 51 f.). Mit Revisionsgesuch von Mai 2006 (act. II 54.1) machte die Versicherte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend. Nach entsprechenden medizinischen Abklärungen sprach die IVB ihr mit Verfügung vom 4. August 2009 (act. II 104) rückwirkend per 1. Februar 2009 eine halbe Rente zu.

Im Rahmen einer im Oktober 2013 eingeleiteten Revision von Amtes wegen (vgl. act. II 118) machte die Versicherte wiederum eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend (act. II 119 S. 1 Ziff. 1.1). Daraufhin tätigte die IVB diverse medizinische Abklärungen und liess die Versicherte – auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 140) – erneut neurochirurgisch-psychiatrisch begutachten (act. II 163.1, 164.1). In der Folge holte die IVB weitere medizinische Berichte ein und veranlasste – nach nochmaliger Rücksprache mit dem RAD (act. II 184) – ein weiteres neurochirurgisch-psychiatrisches Verlaufsgutachten (act. II 205.1, 206.1). Nachdem sich die Versicherte im Juli 2019 ausserdem zum Bezug einer Hilflosenentschädigung angemeldet hatte (act. II 217), tätigte die IVB weitere medizinische sowie erwerbliche Abklärungen. Insbesondere holte sie einen Abklärungsbericht Hilflosenentschädigung (act. IIA 251) ein und veranlasste – auf abermalige Empfehlung des RAD hin (act. IIA 267) – ein psychiatrisch-rheumatologisches Gutachten (act. IIA 292.1, 292.2). Gestützt darauf und nach durchgeführten Vorbescheidverfahren (act. IIA 303, 309 f.) erhöhte die IVB mit Verfügung vom 24. Oktober 2023 (act. IIA 313) die laufende halbe Rente rückwirkend für die Zeit vom 1. Dezember 2014 bis 31. März 2015 auf eine ganze Rente und hob sie per Ende des auf die Zustellung folgenden Monats auf, da seit April 2015 die Voraussetzungen für eine Rente nicht mehr gegeben seien.

Ferner verneinte sie mit Verfügung vom 26. Oktober 2023 (act. IIA 314) einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung.

B.

Am 27. November 2023 erhob die Versicherte, vertreten durch B._____, Advokatin C._____, gegen die Verfügung vom 24. Oktober 2023 (betreffend Rente) Beschwerde (Beschwerde 1) mit dem Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Dieses Beschwerdeverfahren wurde im Geschäftsverzeichnis des Verwaltungsgerichts unter der Verfahrensnummer IV/2023/838 registriert.

Mit Eingabe vom gleichen Tag erhob die Versicherte, ebenfalls vertreten durch B._____, Advokatin C._____, gegen die Verfügung vom 26. Oktober 2023 (betreffend Hilflosenentschädigung) Beschwerde (Beschwerde 2) mit dem Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine Hilflosenentschädigung gestützt auf eine Hilflosigkeit leichten Grades zuzusprechen. Dieses Beschwerdeverfahren wurde im Geschäftsverzeichnis des Verwaltungsgerichts unter der Verfahrensnummer IV/2023/839 registriert.

Mit prozessleitender Verfügung vom 30. November 2023 wurden die beiden Beschwerdeverfahren IV/2023/838 und IV/2023/839 vereinigt.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Januar 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerden.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtenen Entscheide sind 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 die angefochtenen Entscheide berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 Beschwerden einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bilden die Verfügungen vom 24. und 26. Oktober 2023 (act. IIA 313 f.). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie eine Hilfflosenentschädigung. In Bezug auf die Rente gilt, dass in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht ein Rechtsverhältnis vorliegt, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; SVR 2019 IV Nr. 32 S. 100 E. 3.2; AHI 2001 S. 278 E. 1a).

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 Abs. 1 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 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] und 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).

Gemäss lit. c der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 (Weiterentwicklung der IV) gilt für Rentenbezügerinnen und -bezüger, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr vollendet haben, das bisherige Recht (vgl. auch Rz. 9104 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. 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). Die 1966 geborene Beschwerdeführerin (act. II 1 S. 1 Ziff. 1.3) bezieht seit Februar 2001 eine Invalidenrente (act. II 30) und hatte bei Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 am 1. Januar 2022 das 55. Altersjahr vollendet, womit für die Prüfung des Rentenanspruchs das bis 31. Dezember 2021 in Kraft gestandene Recht (fortan: aArt.) zur Anwendung gelangt.

Da die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 keine besonderen übergangsrechtlichen Regelungen betreffend Hilflosenentschädigung enthalten, ist der Anspruch auf Hilflosenentschädigung, der – wie vorliegend – allenfalls schon vor dem 1. Januar 2022 entstanden ist, gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln für die Zeit bis zum

31. Dezember 2021 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen, seit dem 1. Januar 2022 geltenden Normen zu prüfen, wobei die Weiterentwicklung der IV in Bezug auf die Hilflosenentschädigung – soweit hier relevant – keine substanziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtslage brachte.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem 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 (aArt. 17 Abs. 1 ATSG).

2.4.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, son-

dem auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

2.4.2 Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV). Dabei ist im Unterschied zu dem in Art. 88a Abs. 1 IVV geregelten Tatbestand der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit nicht verlangt, dass die Änderung, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat, voraussichtlich weiterhin andauern muss. Das gesetzliche Erfordernis einer auf Dauer gerichteten Änderung ist mit Ablauf der dreimonatigen Wartezeit grundsätzlich erfüllt (SVR 2017 IV Nr. 71 S. 220 E. 2.3.1).

2.4.3 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsab-

klärung, eine Beweismwürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2019 IV Nr. 68 S. 220 E. 2).

3.

Zunächst zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

3.1 Der revisionsrechtlich massgebende Vergleichszeitpunkt (vgl. E. 2.4.3 hiervor) bildet die Verfügung vom 4. August 2009 (act. II 104), mit welcher die vormalige Viertelsrente mit Wirkung ab dem 1. Februar 2009 bei einem Invaliditätsgrad von 59 % auf eine halbe Rente erhöht wurde. Der dieser Verfügung zugrundeliegende Sachverhalt ist mit demjenigen zu vergleichen, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 24. Oktober 2023 (act. IIA 313) entwickelt hat.

3.2 Die Verfügung vom 4. August 2009 (act. II 104) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen somatisch auf dem RAD-Untersuchungsbericht von Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, vom 24. März 2009 (act. II 98.1) und psychiatrisch auf dem Gutachten von Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. Januar 2002 (act. II 21) sowie der RAD-Stellungnahme von Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. September 2008 (act. II 82).

3.2.1 Im psychiatrischen Gutachten vom 8. Januar 2002 (act. II 21) stellte Dr. med. E._____ die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01), und Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 Z63.0). Die psychische Krankheit zeige einen wechselhaften Verlauf, wobei gegenwärtig eine günstige Phase bestehe. Die Prognose sei unsicher (S. 6 Ziff. IV lit. A). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit legte er sodann dar, auf der psychisch-geistigen Ebene fänden sich mässige Beeinträchtigungen, welche durch die psychische Krankheit hervorgerufen worden seien. Im sozialen Bereich fänden sich leichte Beeinträchtigungen. Die

bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin in einem Pensum von 60 % zumutbar, wobei keine zusätzliche Leistungsminderung bestehe. Die Arbeitsunfähigkeit von 40 % bestehe seit Februar 2000 (S. 6 f. Ziff. IV lit. B und S. 9).

3.2.2 Im RAD-Bericht vom 22. September 2008 (act. II 82) führte Dr. med. F. _____ aus, es ergäben sich keine Hinweise auf eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes seit der Begutachtung durch Dr. med. E. _____ im Jahr 2002 (vgl. act. II 21). Es sei sogar eher von einer leichten Verbesserung des psychischen Zustands auszugehen. Dies sei aber im üblicherweise fluktuierenden Verlauf solcher Störungen normal (S. 2).

3.2.3 Dr. med. D. _____ stellte im RAD-Untersuchungsbericht vom 24. März 2009 (act. II 98.1) folgende Diagnosen (S. 6):

- Chronisches zervikospondylogenes Syndrom rechts
 - Intermittierend zervikoradikuläres Syndrom C7 rechts mit motorischem Residuum
 - Intermittierend primär sensorisch zervikoradikuläres Syndrom C5 rechts
- Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links
 - Bogenschlussanomalie und Spondylolyse L5
 - Spondylolisthese L5/S1 von 3 mm
- Chronisches Schmerzsyndrom linker Fuss
 - St. n. 2-maliger Fussoperation links 04/03 und 01/04 nach Calcaneusfraktur links

Aus rheumatologischer Sicht bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in der ... eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Angepasst seien leichte Tätigkeiten mit der Möglichkeit selbstständig die Körperpositionen (Stehen, Gehen, Sitzen) zu wechseln ohne Zwangshaltungen und stereotype Bewegungsmuster. In einer solchen Tätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 6 f.).

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 4. August 2009 (act. II 104) ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.3.1 Im neurochirurgischen Teilgutachten vom 4. September 2015 (act. II 163.1) stellte Dr. med. G. _____, Fachärztin für Neurochirurgie, folgende Diagnosen (S. 13 f. Ziff. 4.1 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Zervikobrachiale Schmerzen beidseits m./b.
 - Status nach foraminale Infiltrationen
 - neurologisch:
 - wenig eingeschränkte Beweglichkeit der HWS
 - keine Reflexstörung, kein sensomotorisches Defizit
 - radiologisch/neuroradiologisch:
 - Osteopenie
 - Fehlhaltung
 - degenerative Veränderungen mit foraminale Enge, links mehr als rechts, C3/4 und C4/5 mit möglicher Wurzelreizung C4 und C5 links
 - degenerative Veränderungen mit Discusbulging C5/6 und Foramenstenose mit möglicher Wurzelkompression C6 beidseits

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Thorakolumbale Schmerzen mit
 - neurologisch:
 - gute Beweglichkeit BWS und LWS
 - keine radikuläre Störung
 - radiologisch:
 - Osteopenie
 - leichte Fehlhaltung
 - leichte degenerative Veränderungen LWS und Iliosakralgelenke (links betont)
 - Bogenschlussanomalie L5 und Lyse L5
- Status nach Calcaneusfraktur links mit Osteosynthese 2003 und Entfernung Osteosynthesematerial 2004
- Status nach Hysterektomie, Appendektomie, Nasenbeinfraktur im Kindesalter
- Osteoporose
- Migräne
- Ellbogenschmerzen links

Die von der Beschwerdeführerin geschilderten die ganze Wirbelsäule betreffenden Schmerzen hätten klinisch ein nur geringfügiges Korrelat mit etwas verminderter Beweglichkeit aller drei Wirbelsäulenabschnitte. Ein schwerwiegender Untersuchungsbefund liege zurzeit nicht vor, so dass von einer wesentlichen Einschränkung einer leichten Tätigkeit nicht ausgegangen werden könne. Unter Berücksichtigung der neurologischen und der radiologischen/neuroradiologischen Befunde sei die Beschwerdeführerin in einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit ohne Zwangshaltungen uneingeschränkt arbeitsfähig, wobei infolge zusätzlicher kurzer Pausen mit einer

Leistungsminderung von 15 % zu rechnen sei. Dies insbesondere wegen der Nacken- und Armproblematik. Eine körperlich belastende Tätigkeit sollte nicht zugemutet werden (S. 14 f. Ziff. 2 und S. 17 Ziff. 3/11).

Dr. med. E. _____ stellte im psychiatrischen Teilgutachten vom 7. September 2015 (act. II 164.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, seit Januar 2015 leichte- bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/1), und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3) und familiäre Schwierigkeiten (ICD-10 Z63; S. 7 lit. A Ziff. 4). Partnerschaftliche Probleme hätten im Herbst 2014 zu einer Akzentuierung der depressiven Störung geführt. Eine schwergradige Depression werde jedoch nicht geschildert. Jedenfalls sei die Beschwerdeführerin nie suizidal und immer fähig gewesen, den Tag regelmässig zu gestalten (S. 7 f. lit. B). Von September 2014 bis Ende Dezember 2015 (recte wohl 2014) habe die Arbeitsfähigkeit ca. 30 % betragen. Seither liege die Arbeitsfähigkeit (wieder) bei 60 % (S. 9 lit. B und S. 10 lit. C. Ziff. 7).

In der Konsensbeurteilung führten die Gutachter aus, unter Berücksichtigung der neurochirurgischen und psychiatrischen Befunde, deren Auswirkungen sich überschneiden würden, könne von einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % für eine leichte Tätigkeit ausgegangen werden (act. II 164.1 S. 13).

3.3.2 Im neurochirurgischen Teilgutachten vom 6. April 2017 (act. II 206.1) stellte Dr. med. G. _____ folgende Diagnosen (S. 8 f. lit. g Ziff. 4.1 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Panvertebrales Schmerzsyndrom m./b.
 - neurologisch:
 - eingeschränkte Beweglichkeit der HWS und LWS
 - Klopfdolenz und Druckdolenz der Dornfortsätze HWS, BWS, LWS
 - keine sensomotorischen Defizite obere oder untere Extremität
 - keine Anhaltspunkte für Myelopathie
 - radiologisch/neuroradiologisch:
 - Fehlhaltung HWS, BWS, LWS
 - degenerative Veränderungen HWS, BWS, LWS mit möglicher Wurzelreizung C5 rechts und C6 rechts betont
 - beginnende Spinalkanalstenose C4/5 und C5/6
 - Spondylolyse L5 mit Spondylanterolisthesis Grad 1

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Armschmerzen beidseits ohne peripher-neurologische oder radikuläre Zuordnungsmöglichkeit, keine Parese oder Sensibilitätsstörung, keine Reflexstörung
- Daumenschmerzen rechtsbetont und Fingerschmerzen beidseits m./b. leichtgradiger Heberden- und Bouchardarthrose Fingergelenke sowie beginnender Rhizarthrose beidseits
- Status nach Calcaneusfraktur-Osteosynthese, nach OME, Appendektomie, Hysterektomie, Nasenbeinfraktur, Nasenseptumoperation Oktober 2016
- Migräne mehrmals jährlich auftretend
- Herzkreislaufbeschwerden gelegentlich
- Ellbogenbeschwerden links abgeklungen

Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Schmerzen hätten seit 2015 keine wesentliche Änderung erfahren. Die objektiven neurologischen und radiologischen/neuroradiologischen Befunde liessen keine signifikante Befundänderung erkennen, welche eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit annehmen liesse (S. 9 f. lit. h). In einer angepassten Tätigkeit (Gewichtslimite von sechs bis sieben Kilogramm, einem regelmässigen Positionswechsel, ohne Zwangshaltungen und ohne Überkopfarbeiten) könne die Beschwerdeführerin acht Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche arbeiten, wobei infolge zusätzlicher Pausen eine Leistungseinbusse von 15 % bestehe (S. 15 Ziff. VII/2).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 7. April 2017 (act. II 205.1) stellte Dr. med. E. _____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte- bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/33.1), und als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mässige sprachliche Integration (ICD-10 Z60.3) und familiäre Schwierigkeiten (ICD-10 Z63; S. 9 lit. g). Obschon die Schmerzen zugenommen hätten, bestünden keine Hinweise für eine psychosomatische Überlagerung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (S. 10 lit. h). Der Gesundheitszustand habe sich aus psychiatrischer Sicht stabilisiert, jedoch nicht in relevantem Ausmass verändert (S. 11 Ziff. I/1). Die Beschwerdeführerin sei in der früheren (und angepassten) Tätigkeit weiterhin zu 40 % eingeschränkt. Im Haushalt bestünden keine Einschränkungen (S. 16 Ziff. VII/1).

In der Konsensbeurteilung legten die Gutachter abschliessend dar, in einer leichten Tätigkeit könne von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % ausgegangen werden. Eine belastende Tätigkeit sei nicht zumutbar (S. 17).

3.3.3 Im rheumatologischen Teilgutachten vom 12. Juli 2021 (act. IIA 292.1) stellte Dr. med. H._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, folgende Diagnosen (S. 13 f. Ziff. 6):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom bei panvertebralen degenerativen Wirbelsäulenveränderungen (unter anderem Diskushernie C4/5 und C5/6, Spondylarthrosen distal-lumbal und Spondylolysen L5 beidseits mit lumbosakraler Olisthesis Grad 1)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Ausgeprägte Zeichen einer Schmerzfehlverarbeitung mit 4/5 positiven Waddell-Zeichen, 16/18 positiven Fibromyalgie Druckpunkten, 2/3 positiven Kontrollpunkten, pseudoneurologischen Ausfällen, variablen Bewegungsausmassen bezüglich der klinischen Untersuchung und den Spontanbewegungen, Gegeninnervationen und Selbstlimitierungen, nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend
- Muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits (Trapezius und Rhomboidei)
- Verdacht auf beginnende Coxarthrose beidseits
- Beginnende Fingerpolyarthrosen laut Akten (Röntgenbilder vom 4. April 2017)
- Spreizfüsse
- Hallux valgus rechts mehr als links und klinisch Verdacht auf Grosszehengrundgelenksarthrose beidseits
- Schmerzhaftes Exostose am Calcaneus links bei Status nach Fraktur 2003 und Exostosen-Abtragung 2004

In guter Korrelation mit den anamnestischen Angaben stünden bei der klinischen Untersuchung ausgeprägte Zeichen einer Schmerzfehlverarbeitung im Vordergrund. Entsprechend den anamnestischen Angaben sei davon auszugehen, dass insbesondere die Symptome der Schmerzfehlverarbeitung zugenommen hätten, was den von der Beschwerdeführerin beschriebenen Schmerzverlauf erkläre. Die organischen Untersuchungsbeobachtungen wiesen dagegen keine nennenswerten Veränderungen auf, ausser dass beide Hüftgelenke in der Beweglichkeit bezüglich Flexion und Innenrotation beidseits typische Leistenschmerzen auslösten, die von der Beschwerdeführerin auch anamnestisch nach längerer Gehstrecke beschrieben worden seien. Eine Anlaufsymptomatik bestehe aber nicht. Es handle

sich deshalb klinisch nur um den Verdacht auf beginnende symptomatische degenerative Veränderungen, die aus rheumatologischer Sicht keine negative Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausübten. Dies sei auch der Grund, weshalb keine radiologische Abklärung notwendig sei. Im Sinne eines organischen Kerns der Beschwerden würden weiterhin die degenerativen Veränderungen an allen drei Wirbelsäulenabschnitten aufgeführt, die einen Teil der panvertebralen Schmerzen erklärten. Da aus rheumatologischer Sicht keine Verbesserung des Gesundheitszustandes bezüglich der organischen Beschwerden vorliege, würden die Beschwerden gleich wie im Vorgutachten als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und mit den entsprechenden Beeinträchtigungen bestätigt (S. 14 Ziff. 6). Ohne Berücksichtigung der klinischen Zeichen der Schmerzfehlerverarbeitung müssten wegen den symptomatischen degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule sowohl qualitative als auch quantitative Beeinträchtigungen bestätigt werden, wie dies auch schon im neurochirurgischen Vorgutachten (vgl. act. II 206.1) geschehen sei. Da keine objektive Verbesserung des Gesundheitszustandes begründet werden könne, würden die im Vorgutachten attestierten Beeinträchtigungen bestätigt. Entsprechend seien der Beschwerdeführerin weiterhin nur noch körperlich leichte Gewichtsbelastungen zumutbar. Zudem sollte eine Arbeitstätigkeit wechselbelastend sein, ohne Zwangshaltungen vornüber geneigt oder rekliniert, ohne repetitive Bück- und Torsionsbewegungen und ohne längerdauernde oder repetitive Überkopfarbeiten (act. IIA 292.1 S. 16 Ziff. 7.4). In einer solchen angepassten Tätigkeit bestehe eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von 15 % (S. 17 Ziff. 8). Diese Einschränkung bestehe seit mindestens 2015. Mangels aussagekräftiger klinischer Befunde in den Akten könne keine weitere Angabe zur Situation vor 2015 gemacht werden (S. 18 Ziff. 8).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 13. Juli 2021 (act. IIA 292.2) stellte Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die folgenden Diagnosen (S. 29 Ziff. 6):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Rezidivierende depressive, ängstlich-betonte Störung mit gegenwärtig leichter bis mittelgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0/1)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41)

Die Beschwerdeführerin hinterlasse nicht den Eindruck, unter andauernden schweren und quälenden Schmerzen zu leiden, obwohl sie sich gleichzeitig über eine erheblichste Schmerzintensität beklage. Daher könne die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen nicht mit Sicherheit diagnostiziert werden. Aktuell liessen sich zudem auch keine Belastungen mehr nachweisen. Einschränkend müsse jedoch erwähnt werden, dass die Beschwerdeführerin die früheren Gewalterfahrungen noch nicht adäquat verarbeitet haben dürfte. In diesem Kontext sei festzuhalten, dass sich anlässlich der aktuellen Untersuchung keine Intrusionen hätten nachweisen lassen, welche als Kriterien für das Vorliegen einer PTBS betrachtet werden könnten. Die Beschwerdeführerin könne ausserdem mehrheitlich ohne äusserlich sichtbare psychovegetative Mitbeteiligung über die früheren Gewalterfahrungen berichten. Zudem hätten sich während der Untersuchung keine Schreckhaftigkeit, keine Hypervigilanz sowie keine Dissoziationen feststellen lassen. Die geschilderten Albträume könnten nicht als Ausdruck von Nachhallerinnerungen betrachtet werden. In den Albträumen gelinge es ihr, sich kompensatorisch gegen beispielsweise ihren früher gewalttätigen ... nicht nur zu wehren, sondern es ihm auch heimzuzahlen. Während der Untersuchung sei die Stimmung der Beschwerdeführerin wechselhaft gewesen. Zu Beginn sei sie ausgeglichen, beim Gespräch über die Beschwerden bedrückt-traurig und kurzdauernd auch weinerlich gewesen. Beim weiteren Gespräch über Themen ausserhalb des Beschwerdebildes sei die Stimmung aufgehellt. Sie könne dann immer wieder lächeln und zum Teil auch verhalten lachen. Sie habe im Laufe des Gespräches im Übrigen einen deutlich vitaleren Eindruck hinterlassen als zu Beginn des Gespräches, sie spreche mit eher kräftiger Stimme und wirke insgesamt vital und vor allem nicht mehr ängstlich, wie noch am Anfang der Untersuchung. Aufgrund der längeren Dauer der Depression sei in diagnostischer Hinsicht von einer ängstlich-gefärbten rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode auszugehen. Gegen einen ausschliesslich mittelgradigen oder gar schweren Schweregrad der Depression spreche die Tatsache, dass sich die Stimmung während der Untersuchung aufgehellt habe und sich keine

relevanten kognitiven Beeinträchtigungen hätten feststellen lassen. Zudem berichte die Beschwerdeführerin über einen Tagesablauf, dem zu entnehmen sei, dass sie die anfallenden Alltagsarbeiten, insbesondere die Haushaltsarbeiten bewältigen könne, auch wenn sie dann und wann von ihrem ... dabei unterstützt werde. Die von ihr subjektiv geklagten Angstsymptome seien zur Depression zu subsumieren. Eine eigenständige generalisierte Angststörung lasse sich nicht diagnostizieren. Insbesondere liessen sich keine vegetative Übererregbarkeit und keine motorische Spannung nachweisen, was beim Vorliegen einer generalisierten Angststörung zu erwarten wäre. Die Beschwerdeführerin habe sich ausserdem im Verlauf der 110-minütigen Untersuchung zusehends und vollständig entspannen können. Bezüglich des Verlaufs sei festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin darüber berichte, dass die depressiven Symptome seit vier Jahren lediglich noch intermittierend aufträten. Es gebe gute und schlechte Tage. Bis vor vier Jahren seien die depressiven Symptome jedoch andauernd vorhanden gewesen. Aufgrund der Trennung von ihrem damaligen Freund liesse sich zudem im Verlauf eine vorübergehende Verschlechterung der depressiven Symptome im Jahr 2014 nachweisen. Aufgrund der diesbezüglich unpräzisen Angaben der Beschwerdeführerin liessen sich retrospektiv für die Zeit vor 2014 keine verlässlichen Aussagen betreffend den Verlauf der depressiven Beschwerden machen. Subjektiv gehe sie davon aus, dass es bis im Jahr 2017 keine luziden Intervalle bezüglich ihrer depressiven Beschwerden gegeben habe. Den Akten sei zu entnehmen, dass es vor allem bezüglich der Angstsymptome zu einer gewissen Verbesserung gekommen sei (S. 29 ff. Ziff. 6.1).

Seit etwa vier Jahren befinde sich die Beschwerdeführerin in teilstationärer Behandlung. Aufgrund dieser teilstationären Behandlung sei bei ihr sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit (eine Tätigkeit unter vielen Menschen sei nicht zumutbar) von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen. Nach Beendigung dieser teilstationären Behandlung könne in medizinisch-theoretischer Hinsicht von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % ausgegangen werden. Die Beschwerdeführerin könne ohne zusätzliche Leistungseinschränkungen zweimal zweieinhalb Stunden pro Tag anwesend sein. Insgesamt bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Aufgrund der diesbezüglich unpräzisen Angaben könne keine

verlässliche Aussage über den Verlauf der Arbeitsfähigkeit gemacht werden. Approximativ lasse sich aus psychiatrischer Sicht seit Ende 2014 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % begründen. Vor 2014 habe approximativ eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % bestanden. Einschränkung müsse jedoch gesagt werden, dass es im Jahr 2014 vorübergehend zu einer Verschlechterung der depressiven Beschwerden gekommen sei und dadurch auch einer zusätzlich vorübergehenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Während der Hospitalisation im Jahr 2014 habe selbstredend eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 100 % bestanden. Von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % könne in medizinisch-theoretischer Hinsicht erst nach Beendigung der aktuellen teilstationären Behandlung ausgegangen werden (S. 37 f. Ziff. 8).

In der Konsensbeurteilung führten die Gutachter sodann insbesondere aus, unter Berücksichtigung des rheumatologischen Belastbarkeitsprofils habe von September 2014 bis Ende Dezember 2015 (recte wohl 2014) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % (recte 70 %) bestanden. Seit Januar 2015 sei in gesamtmedizinischer Sicht unverändert bis heute von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % auszugehen (S. 46 Ziff. 4.1).

3.3.4 Dr. med. J. _____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, stellte im Bericht vom 9. Mai 2022 (act. IIA 297 S. 6) als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit psychiatrischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine generalisierte Angststörung mit multiplen Traumatisierungen und PTBS (ICD-10 F41.1). Im Vordergrund stehe die starke Schmerzproblematik mit wechselnden Schmerzen im Bewegungsapparat, die auch eine Einschränkung der Beweglichkeit und Funktionalität hauptsächlich der oberen Extremitäten zur Folge habe. Das Auftreten von Ängsten und Schlafstörungen, die medikamentös deutlich erschwert beeinflussbar seien, erschwerten die gesundheitliche Situation. In Bezug auf die Prognose bestünden Bemühungen, möglichst den Gesundheitszustand zu erhalten. Die Tendenz zeige in Richtung langsam progredienter Verschlechterung. Eine Wiedereingliederung sei nicht möglich und nicht realistisch. Die Beschwerdeführerin besuche eine Tagesstätte in Teilzeit und

bemühe sich, dort regelmässig hinzugehen. Ihr ... übernehme bei Bedarf gewisse Unterstützungen im Alltag, wenn sie unter starken Schmerzen leide.

3.3.5 Im RAD-Bericht vom 2. November 2022 (act. IIA 302) legte Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zur gesundheitlichen Entwicklung seit der Verfügung vom 4. August 2009 (act. II 104) dar, Grundlage der damaligen Verfügung sei eine rheumatologische RAD-Untersuchung (vgl. act. II 98.1) gewesen. Damals sei aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert worden. In den bidisziplinären Gutachten aus den Jahren 2017 und 2022 (vgl. act. II 205.1 f.; act. IIA 292.1 f.) werde demgegenüber aus rheumatologischer bzw. neurochirurgischer Sicht die Arbeitsunfähigkeit auf 15 % und psychiatrisch sowie bidisziplinär auf 40 % geschätzt, was nachvollziehbar sei. Aus diesen Beurteilungen könne man ableiten, dass sich die Auswirkungen der Gesundheitsstörungen auf die Arbeitsfähigkeit im Verlauf leicht verringert hätten. Seitdem sei der Gesundheitszustand stationär (act. IIA 302 S. 6).

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). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.5 Die angefochtene Verfügung vom 24. Oktober 2023 (act. IIA 313) basiert in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem bidisziplinären Gutachten der Dres. med. H._____ und I._____ (act. IIA 292.1 f.). Dieses erfüllt – abgesehen von der retrospektiven Beurteilung des Verlaufs der medizinischen theoretischen Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht (vgl. hierzu E. 3.5.2 in fine hiernach) – die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert einer versicherungsexternen Expertise und überzeugt (vgl. E. 3.4 hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen und Ausführungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen, sind unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen sowie in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten getroffen worden, wobei sich die gutachterlichen Befunde im Wesentlichen mit jenen in den beiden Vorgutachten der Dres. med. G._____ und E._____ vom 6. bzw. 7. April 2017 (act. II 205.1 f.) respektive vom 4. bzw. 7. September 2015 (act. II 163.1 f.) decken. Gestützt darauf haben die Gutachter die Befundlage, die medizinischen Zusammenhänge und die daraus zu ziehenden Schlüsse zum Gesundheitszustand, abgesehen von der vorgenannten Ausnahme, nachvollziehbar dargestellt und überzeugend begründet. Auch insoweit findet sich keine wesentliche Differenz zu den Vorgutachten. Die Gutachter hielten denn auch ausdrücklich fest, gesamthaft betrachtet bestünden keine nennenswerten Veränderungen in der Befundlage, der Diagnostik sowie der medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit (act. IIA 292.1 S. 17 f. Ziff. 8, 292.2 S. 41 Ziff. 8, S. 46 Ziff. 4.1). Sodann ist nicht zu beanstanden, dass neben den Fachrichtungen Rheumatologie und Psychiatrie nicht noch eine Begutachtung in der Fachrichtung Neurologie erfolgte. Zwar erwähnte die Beschwerdeführerin anlässlich der rheumatologischen (nicht jedoch der psychiatrischen) Begutachtung, dass Kopf-

schmerzen hinzugekommen seien (act. IIA 292.1 S. 8 Ziff. 3.2), jedoch wurde die in den Akten erwähnte Migräne (vgl. act. II 132 S. 2; Beschwerde 1 S. 16 Ziff. 31) nicht beschrieben. Ohnehin hätte eine allfällig vorhandene Migräne – gemäss neurochirurgischem Vorgutachten (act. II 206.1 S. 9 lit. g Ziff. 4.2) – keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

3.5.1 In Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten vom 12. Juli 2021 (act. IIA 292.1) ist vorab zu betonen, dass dem Experten sowohl der bisherige somatische Behandlungsverlauf als auch die von den Behandlern, der Vorgutachterin und den RAD-Ärzten erhobenen (bildgebenden) Befunde und gestellten Diagnosen bekannt waren. So lagen dem Gutachter die kompletten Akten vor (vgl. S. 3 Ziff. 1.3). Der Umstand, dass im Gutachten nicht der vollständige Aktenauszug wiedergegeben wurde (vgl. S. 4 ff. Ziff. 2), schmälert – anders als von der Beschwerdeführerin angenommen (Beschwerde 1 S. 11 Ziff. 22) – den Beweiswert des Teilgutachtens nicht. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit jedem einzelnen Bericht bzw. Befund (zur diesbezüglichen Rüge vgl. Beschwerde 1 S. 11 f. Ziff. 22) war – auch mit Blick auf die bereits zweimalig erfolgte Begutachtung (act. II 163.1, 206.1) – nicht erforderlich, zumal sich aus dem aktuellsten Gutachten insgesamt ein vollständig und schlüssig ermitteltes Bild des Gesundheitszustandes ergibt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 10. Juni 2020, 9C_256/2020, E. 3.2.2 mit Hinweis). Ausserdem ist festzuhalten, dass sich in der Bildgebung teilweise zwar eine (leichte) Skoliose gezeigt hatte (act. II 88 S. 4, 163.2 S. 1; vgl. aber auch act. II 197 S. 6), anlässlich der Untersuchungen bei den Gutachtern und dem RAD-Arzt hingegen eine Wirbelsäule im Lot respektive keine Skoliose dokumentiert wurde (act. II 98.1 S. 4, 163.1 S. 11 Ziff. 3, 206.1 S. 6 lit. f; act. IIA 292.1 S. 12 Ziff. 4.3). Jedenfalls finden sich in den Akten keine Hinweise, dass eine allfällige leichte Skoliose einen massgebenden Einfluss auf das Schmerzgeschehen haben könnte. Entsprechendes gilt für die Osteoporose (vgl. z.B. act. II 125 S. 27 f.; act. IIA 246 S. 9) und die Spina bifida occulta (vgl. z.B. act. II 36.16 S. 6; Beschwerde 1 S. 11 Ziff. 22). In Bezug auf die beklagten Ausstrahlungen in die Arme (Beschwerde 1 S. 12 Ziff. 22) bleibt sodann festzustellen, dass sich hierfür kein somatisches Korrelat finden lässt (act. II 206.1 S. 9 Ziff. 4.2), weshalb nicht zu beanstanden ist, dass Dr. med. H. _____ diese unberücksichtigt liess und – bei im We-

sentlichen gleich gebliebenen Befunden – anstelle des vom RAD-Arzt Dr. med. D. _____ diagnostizierten zervikospondylogenen Syndroms (act. II 98.1 S. 6) ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom bei panvertebralen degenerativen Wirbelsäulenveränderungen diagnostizierte (act. IIA 292.1 S. 13 Ziff. 6). Hervorzuheben ist im Übrigen, dass – gleich wie der Gutachter – auch die behandelnden Ärzte kein hinreichendes somatisches Korrelat für die beklagten Schmerzen fanden (vgl. act. IIA 292.1 S. 11 Ziff. 3.2). Entgegen der Ansicht in der Beschwerde 1 (S. 12 Ziff. 23) bietet sodann ebenfalls keinen Grund zur Beanstandung, dass der rheumatologische Gutachter vor dem Hintergrund der umfassenden (beweisrechtlich entscheidenden) klinischen Untersuchung (vgl. Entscheid des BGer vom 13. August 2021, 9C_234/2021, E. 3.2) und angesichts der im zeitlichen Verlauf unveränderten Befunden auf weitergehende bildgebende Abklärungen verzichtet hat, denn der Entscheid über deren Erforderlichkeit obliegt rechtsprechungsgemäss den Fachärzten der Gutachterstelle (BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 352; bestätigt im Entscheid des BGer vom 14. Oktober 2019, 9C_547/2019, E. 5.1.3).

Hinsichtlich der retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht legte der Gutachter Dr. med. H. _____ im Einklang mit dem Vorgutachten (act. II 206.1 S. 10 lit. C Ziff. I/1) und überzeugend begründet dar, die aus den objektivierbaren Befunden ableitbare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bzw. das Zumutbarkeitsprofil präsentiere sich zumindest seit 2015 unverändert (act. IIA 292.1 S. 18 Ziff. 8). In Bezug auf den weiter zurückliegenden Zeitraum ergibt sich sodann aus dem neurochirurgischen Vorgutachten vom 4. September 2015 (act. II 163.1), dass die Gutachterin Dr. med. G. _____ einzig mit der vormaligen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch den RAD nicht übereinstimmte und vielmehr weiterhin von einer im Vergleich zum ersten neurochirurgischen Gutachten vom 22. Dezember 2001 (act. II 18) unveränderten Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer körperlich angepassten Tätigkeit ausging. Die vom RAD-Untersuchungsbericht vom 24. März 2009 (act. II 98.1 S. 7) abweichenden späteren Beurteilungen von Dr. med. G. _____ bzw. aufgrund des Verweises auch von Dr. med. H. _____ stellen damit eine revisionsrechtlich irrelevante unterschiedliche Beurteilung des im Wesentlichen unveränderten medizinischen Sachverhalts dar (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105).

Denn in Bezug auf die medizinische Befundlage ist im gesamten hier massgebenden Zeitraum keine wesentliche Veränderung erstellt (vgl. Entscheidung des BGer vom 24. März 2023, 8C_247/2022, E. 3.3.2 mit Hinweisen). Daran vermag die Stellungnahme des RAD vom 2. November 2022 (act. IIA 302), wonach sich die Auswirkungen der Gesundheitsstörung auf die Arbeitsfähigkeit im Verlauf leicht verringert hätten (S. 6), nichts zu ändern, zumal darin die Veränderung einzig mit der – im hier massgebenden revisionsrechtlichen Kontext nicht ausschlaggebenden – unterschiedlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit begründet wurde. Unabhängig davon, ob die vormalige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht im RAD-Untersuchungsbericht vom 24. März 2009 (act. II 98.1) im Lichte der späteren gutachterlichen Erhebungen zu überzeugen vermag, besteht damit auf dem somatischen Gebiet kein medizinischer Revisionsgrund.

3.5.2 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 13. Juli 2021 (act. IIA 292.2) leitete Dr. med. I. _____ die von ihm gestellten Diagnosen (rezidivierende depressive, ängstlich-betonte Störung mit gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode ohne somatisches Syndrom [ICD-10 F33.0/1] sowie Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen [ICD-10 F45.41; S. 29 Ziff. 6]) gestützt auf eine umfassende klinische Untersuchung der Beschwerdeführerin und unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen sowie des bisherigen psychiatrischen Behandlungsverlaufs nachvollziehbar und überzeugend begründet her (vgl. S. 29 ff. Ziff. 6.1). Dabei setzte er sich insbesondere auch mit dem Schweregrad der diagnostizierten depressiven Störung auseinander und legte schlüssig dar, es sei von einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Störung auszugehen, wobei er sich – anders als in der Beschwerde 1 (S. 14 Ziff. 28) behauptet – nicht einzig auf seine Beobachtungen anlässlich der gutachterlichen Untersuchung stützte, sondern unter anderem auch den Tagesablauf der Beschwerdeführerin in seine Beurteilung einfliessen liess (S. 31 Ziff. 6.1). Ebenfalls hatte der Gutachter Kenntnis von der anlässlich der im Jahr 2019 durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung im Spital L. _____ (act. IIA 246 S. 10 ff.) diagnostizierten leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung (zum Beweiswert neuropsychologischer Abklärungen vgl. Entscheid des BGer vom 17. September 2024, 8C_48/2024, E. 7.2.3 mit Hinweis), welche am ehesten im Rah-

men der rezidivierenden depressiven Störung interpretiert wurde (act. IIA 246 S. 15 f., 292.2 S. 15 f. Ziff. 2). Anlässlich der Begutachtung konnte diese Störung jedoch nicht bestätigt werden, da – wie bereits in den Vorgutachten (act. II 164.1 S. 6 Ziff. 3, 205.1 S. 7 lit. f) sowie dem Bericht des Spitals M._____ vom 13. November 2014 (act. II 138 S. 3) – weder Konzentrations-, Aufmerksamkeits- noch Auffassungsstörungen festgestellt wurden (act. IIA 292.2 S. 28 Ziff. 4.3.1). Die Einschätzung von Dr. med. I._____ zum Schweregrad der diagnostizierten depressiven Störung deckt sich im Übrigen mit jener des Vorgutachters Dr. med. E._____ (vgl. act. II 164.1 S. 7 Ziff. 4, 205.1 S. 9 lit. g). Entgegen der Ansicht in der Beschwerde 1 (S. 15 Ziff. 29) ist sodann nachvollziehbar, dass der Gutachter Dr. med. I._____ in Bezug auf die Schmerzsymptomatik lediglich die Verdachtsdiagnose einer chronischen Schmerzstörung stellte. So konnte nicht nur im Rahmen seiner Begutachtung, sondern auch anlässlich der vorangegangenen Begutachtungen, trotz erheblicher Schmerzangaben kein massgebliches Schmerzerleben beobachtet werden (act. II 163.1 S. 11 Ziff. 3, 206.1 S. 6 lit. f und S. 9 f. lit. h; act. IIA 292.2 S. 30 Ziff. 6.1). Ebenfalls begründete der Gutachter nachvollziehbar, dass sich bei mangelnder vegetativer Übererregbarkeit und motorischer Spannung keine eigenständige generalisierte Angststörung diagnostizieren lasse, sondern die subjektiv geklagten Angstsymptome der Depression zuzuordnen seien (act. IIA 292.2 S. 31 Ziff. 6.1), was überdies mit der Einschätzung des Vorgutachters übereinstimmt (act. II 164.1 S. 11 f. lit. D, 205.1 S. 10 lit. h). Soweit die Beschwerdeführerin hierzu vorbringt, der Gutachter habe sie nicht eingehend zu ihren Ängsten befragt (Beschwerde 1 S. 16 Ziff. 30), ist dies aktenwidrig, erkundigte er sich doch explizit zu den Ängsten sowie den angegebenen Panikattacken (vgl. act. IIA 292.2 S. 22 Ziff. 3.2.1). Ausserdem setzte sich der Gutachter auch mit der gegenteiligen Einschätzung der behandelnden Psychiaterin Dr. med. J._____ auseinander und zeigte auf, dass diese die angebliche Angststörung nicht näher begründete respektive in ihren Berichten widersprüchliche Angaben machte (S. 32 f. Ziff. 6.1). Hinzu kommt, dass die vorliegend einhellig diagnostizierte depressive Störung eine Angststörung klassifikatorisch ausschliesst (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 199). Weiter ist zu beachten, dass die psychiatrische

Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater bzw. der begutachtenden Psychiaterin daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte – wie hier der Fall – lege artis vorgegangen ist (SVR 2020 IV Nr. 69 S. 241 E. 4.1, 2018 IV Nr. 77 S. 255 E. 6.3). Im Übrigen kommt es für die Belange der Invalidenversicherung nicht auf die (genaue) Diagnose an, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (Entscheid des BGer vom 17. August 2022, 8C_287/2022, E. 5.1.2 mit Hinweisen) und vorliegend ist zumindest vorderhand ohnehin einzig massgeblich, ob seit der Referenzverfügung vom 4. August 2009 (act. II 104) eine massgebende Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, wobei eine hinzugetretene Diagnose nicht per se einen Revisionsgrund darstellt (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 84 E. 3).

Was die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anbelangt, ist vorab festzustellen, dass der Gutachter die Besuche in der Tagesstätte irrtümlicherweise als teilstationäre Behandlung qualifizierte, womit sich die für die Dauer des Besuchs der Tagesstätte attestierte volle Arbeitsfähigkeit erklärt. Gleichzeitig hielt der Gutachter unmissverständlich fest, er gehe seit Ende 2014 von einer eigentlichen Arbeitsfähigkeit von 60 % aus (zum Ganzen: act. IIA 292.2 S. 37 f. Ziff. 8). Insoweit ist die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit – anders als in der Beschwerde 1 (S. 13 Ziff. 26) angenommen – insoweit nicht widersprüchlich, als sie zwischen der medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit und der (irrtümlichen) formalen Arbeitsunfähigkeit unterscheidet. Die vom psychiatrischen Gutachten abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der behandelnden Psychiaterin Dr. med. J._____ (vgl. act. II 160 S. 8 Ziff. 1.6, 175 S. 6 Ziff. 11, 202 S. 5; act. IIA 234 S. 2, 248 S. 11 Frage 11, 297 S. 6 Ziff. 11, 300 S. 4 Ziff. 11) bzw. der Eingliederungsfachleute (Psychiatrie-Spitex und Tagesstätte; act. II 191 S. 3; act. IIA 235, 261; Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3 S. 3; zur diesbezüglichen Rüge vgl. Beschwerde 1 S. 13 Ziff. 26) erfolgte sodann nicht gestützt auf neue, im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens unerkannt oder ungewürdigt gebliebener Aspekte, sondern im Wesentlichen anhand der hier nicht massgebenden subjektiven Beschwerdeangaben respektive der

Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, ohne diese in irgendeiner Form zu plausibilisieren (vgl. dazu BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127). Hinzu kommt, dass die behandelnde Psychiaterin wiederholt eine volle Berentung der Beschwerdeführerin befürwortete (act. II 175 S. 6 Ziff. 12; act. IIA 233 S. 3, 248 S. 12) und ferner auch die Betreuerinnen und Betreuer zum Ausdruck brachten, dass sie die Beschwerdeführerin bei diesem Entschädigungsziel unterstützen wollten (act. IIA 261, 265; act. I 3 S. 3, 4 S. 4). Angesichts dieses advokatorisch anmutenden Auftretens der Behandler kommt ihren Ausführungen auch aus diesem Grund nur sehr begrenzter Beweiswert zu (vgl. statt vieler Entscheid des BGer vom 18. Dezember 2019, 8C_695/2019, E. 4.3).

Hingegen überzeugt das psychiatrische Teilgutachten hinsichtlich der retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit insoweit nicht, als darin in Anlehnung an das psychiatrische Vorgutachten von Dr. med. E. _____ vom 7. September 2015 (act. II 164.1 S. 9 lit. B) und ohne weitergehende Begründung für den Zeitraum von Mitte September 2014 bis Ende Dezember 2015 (recte wohl 2014) eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit einer damit einhergehenden Arbeitsunfähigkeit von 30 % (recte 70 %) angenommen wurde (act. IIA 292.2 S. 38 und S. 41 Ziff. 8). Gestützt auf den echtzeitlichen Bericht des Spitals M. _____ vom 13. November 2014 (act. II 138 S. 2 ff.) ist einzig erstellt, dass sich die Beschwerdeführerin aufgrund von (grundsätzlich invaliditätsfremden) Partnerschaftskonflikten zwischen dem 11. September und dem 31. Oktober 2014 in stationärer psychiatrischer Behandlung befand. Im Zeitpunkt des Klinikaustrittes berichtete sie, weniger unter ihren Ängsten zu leiden und wieder mehr Energie und Lebensfreude zu verspüren (S. 3) und auch objektiv präsentierte sie sich in einem deutlich gebesserten und ordentlich stabilen Zustand (S. 4). Eine über den stationären Aufenthalt hinausgehende Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert (vgl. act. II 139 S. 2 Ziff. 1.3). Ausserdem bestätigte die nachbehandelnde Dr. med. N. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom 5. Februar 2015 (act. II 139), dass die Beschwerdeführerin nach der stationären Behandlung in ihrem psychischen Befinden stabilisiert gewirkt habe (S. 3 Ziff. 1.4). Dies und auch der daraufhin erfolgte selbstständige mehrwöchige Auslandsaufenthalt aufgrund der Trennung vom damaligen Lebenspartner

mit gleichzeitigem Absetzen der psychopharmakologischen Medikation Ende 2014 (S. 3 Ziff. 1.4 f.) stehen der Annahme einer massgeblichen Verschlechterung des psychischen Zustands von mindestens drei Monaten (vgl. E. 2.4.2 hiervor) diametral entgegen. Auch wenn die retrospektiven Beurteilungen von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit mit Unsicherheiten behaftet sind, ohne dass diesbezüglichen Aussagen von vornherein jegliche Beweiskraft abzuspochen wäre (vgl. Entscheid des BGer vom 30. Mai 2022, 9C_371/2021, E. 2.2.3 mit Hinweis), vermögen vorliegend die echtzeitlichen medizinischen Akten die von Dr. med. E. _____ pauschal angenommene (act. II 164.1 S. 9 lit. B) und von Dr. med. I. _____ ohne weitergehende Begründung übernommene (act. IIA 292.2 S. 38 und 41 Ziff. 8) retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu entkräften. In der Gesamtschau der psychiatrischen Gutachten, insbesondere auch unter Berücksichtigung des ersten psychiatrischen Gutachtens vom 8. Januar 2002 (act. II 21) und der im Vergleichszeitpunkt (vgl. E. 3.1 hiervor) erfolgten Beurteilung des RAD vom 22. September 2008 (act. II 82 S. 2) erscheint es insgesamt weitaus wahrscheinlicher, dass mit Ausnahme des stationären Aufenthaltes vom 11. September bis 31. Oktober 2014 (act. II 138 S. 2 ff.) ein insbesondere auch auf der Befundebene im Wesentlichen gleichgebliebener bzw. nicht massgeblich veränderter psychischer Gesundheitszustand (mit dem üblicherweise fluktuierenden Verlauf) bestand respektive besteht.

3.5.3 Zusammenfassend bildet das bidisziplinäre Gutachten vom 12. bzw. 13. Juli 2021 (act. IIA 292.1 f.), abgesehen von der retrospektiven Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes, eine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts. Weitere medizinische Abklärungen – namentlich die von der Beschwerdeführerin beantragte neuerliche Begutachtung (Beschwerde 1 S. 10 Ziff. 19, S. 16 f. Ziff. 32 und S. 21 Ziff. 42) – erweisen sich als nicht erforderlich, da hiervon keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten sind. Darauf ist in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (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). Folglich ist im hier massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor) kein medizinischer Revisionsgrund erstellt. Auch anderweitige Re-

visionsgründe (vgl. E. 2.4.1 hiavor), insbesondere erwerbliche, ergeben sich weder aus den Akten noch den Eingaben der Parteien.

3.6 Fehlen – wie im vorliegenden Fall (vgl. E. 3.5.3 hiavor) – die in aArt. 17 Abs. 1 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung allenfalls nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schützen, dass die ursprüngliche Rentenverfügung zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 144 I 103 E. 2.2 S. 105, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2019 UV Nr. 3 S. 13 E. 8.2). Ein Zurückkommen auf die ursprüngliche Rentenverfügung fällt alternativ ebenfalls unter dem Titel der prozessualen Revision nach Art. 53 Abs. 1 ATSG und der Revision nach lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket) in Betracht (vgl. Entscheide des BGer vom 22. Februar 2023, 8C_137/2022, E. 3.1, und vom 17. Oktober 2018, 8C_471/2018, E. 3.4).

Die rentenzusprechende Verfügung vom 3. September 2002 (act. II 30) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem bidisziplinären Gutachten vom 22. Dezember 2001 bzw. vom 8. Januar 2002 (act. II 18, 21) und die Verfügung vom 4. August 2009 (act. II 104) somatisch auf dem RAD-Untersuchungsbericht von Dr. med. D._____ vom 24. März 2009 (act. II 98.1) und psychiatrisch auf dem Gutachten von Dr. med. E._____ vom 8. Januar 2002 (act. II 21) sowie der RAD-Stellungnahme von Dr. med. F._____ vom 22. September 2008 (act. II 82). In psychiatrischer Hinsicht stimmen die aktuelle und frühere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit überein (act. II 21 S. 6 f. Ziff. IV lit. B; act. IIA 292.2 S. 37 f. Ziff. 8). In Bezug auf die unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht ist sodann festzuhalten, dass dem RAD-Arzt Dr. med. D._____ sämtliche medizinischen Akten vorlagen und er die Beschwer-

deführerin persönlich untersuchte. Es finden sich keine Hinweise, dass die fachmedizinischen Abklärungen nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden. Daher und weil bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit ein Ermessensspielraum besteht (vgl. Entscheid des BGer vom 6. Mai 2015, 8C_779/2014, E. 3.3), ist nicht anzunehmen, dass die höhere Arbeitsunfähigkeitsschätzung von Dr. med. D._____ auf eine (die Voraussetzung der zweifellosen Unrichtigkeit erfüllende) fehlerhafte Beurteilung zurückzuführen ist. Mithin kann die angefochtene Revisionsverfügung vom 24. Oktober 2023 (act. IIA 313) nicht mit der substituierten Begründung der zweifellosen Unrichtigkeit der Verfügungen vom 3. September 2002 (act. II 30) bzw. vom 4. August 2009 (act. II 104) geschützt werden. Schliesslich fällt ein Zurückkommen auf die ursprüngliche Rentenverfügung auch unter dem Titel der prozessualen Revision nach Art. 53 Abs. 1 ATSG oder der Revision nach lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 ausser Betracht, da die jeweiligen Voraussetzungen augenscheinlich nicht erfüllt sind.

3.7 Zusammenfassend besteht damit hinsichtlich des Rentenanspruchs kein Revisionsgrund. Es ist daher weder ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 noch ein Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG durchzuführen (Entscheid des BGer vom 9. August 2021, 8C_295/2021, E. 7). Die Beschwerdeführerin hat demnach unverändert und über den gesamten hier zu prüfenden Zeitraum Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Dies hat zur Folge, dass kein Anspruch auf höhere Rentenleistungen zwischen Dezember 2014 und März 2015 besteht, mithin die Verfügung vom 24. Oktober 2023 (act. IIA 313) dahingehend zu Ungunsten der Beschwerdeführerin abzuändern ist. Da ihr gleichzeitig aber eine unbefristete halbe Rente zuzusprechen ist, resultiert gesamthaft keine Schlechterstellung, weshalb auf die vorgängige Androhung einer reformatio in peius (vgl. Art. 61 lit. d ATSG) zu verzichten ist, könnte die Beschwerdeführerin ihre Beschwerde doch einzig integral zurückziehen (vgl. E. 1.2 hiavor).

Angesichts der bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen, der bisher nicht verwerteten Restarbeitsfähigkeit und der aktuell lediglich sehr niederschweligen und vorwiegend sozialtherapeutisch orientierten beruflichen Integration bestehen jedoch gewichtige Anhaltspunkte für nicht ausge-

schöpftes Eingliederungspotential (vgl. auch act. IIA 292.2 S. 39 f. Ziff. 8). Die Parteien sind daher darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin auch bei fehlendem Revisionsgrund und unabhängig von der subjektiven Eingliederungsfähigkeit nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet wäre bzw. ist, an zumutbaren Massnahmen aktiv teilzunehmen. Im Falle eines Abbruchs bzw. einer Nicht(wieder)aufnahme einer zumutbaren Eingliederungsmassnahme bestünde sodann die Möglichkeit, nach Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens gestützt auf Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG die Rentenleistungen einzustellen (vgl. hierzu BGE 145 V 2 E. 4.3.1 S. 12 und E. 5.3.2 S. 17).

4.

Zu prüfen bleibt der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung.

4.1 Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die hilflos (Art. 9 ATSG) sind, haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (Art. 42 Abs. 1 IVG). Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG). Zu unterscheiden ist zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit (Art. 42 Abs. 2 IVG).

Als hilflos gilt ebenfalls eine Person, welche zu Hause lebt und wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist (erster Satz sowohl von Art. 42 Abs. 3 als auch von aArt. 42 Abs. 3 IVG).

Bis 31. Dezember 2021 präsentiert sich die diesbezügliche Rechtslage wie folgt:

Ist nur die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit mindestens ein Anspruch auf eine Viertelsrente gegeben sein. Ist eine Person lediglich dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen, so liegt immer eine leichte Hilflosigkeit vor (aArt. 42 Abs. 3 IVG).

Ab 1. Januar 2022 präsentiert sich die diesbezügliche Rechtslage wie folgt:

Liegt ausschliesslich eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit vor, so gilt die Person nur als hilflos, wenn sie Anspruch auf eine Rente hat. Ist eine Person lediglich dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen, so liegt immer eine leichte Hilflosigkeit vor (Art. 42 Abs. 3 IVG).

4.2

4.2.1 Gemäss Art. 38 Abs. 1 IVV liegt ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung im Sinne von Art. 42 Abs. 3 IVG vor, wenn eine volljährige versicherte Person ausserhalb eines Heimes lebt und infolge Beeinträchtigung der Gesundheit ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbstständig wohnen kann (lit. a), für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen ist (lit. b) oder ernsthaft gefährdet ist, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren (lit. c).

4.2.2 Ziel der lebenspraktischen Begleitung ist es, den Eintritt einer versicherten Person in ein Heim nach Möglichkeit hinauszuschieben oder zu verhindern. Sie ist nicht auf Menschen mit psychischen oder geistigen Behinderungen beschränkt; auch körperlich Behinderte können grundsätzlich lebenspraktische Begleitung beanspruchen. Die Notwendigkeit einer Dritthilfe ist objektiv nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person zu beurteilen. Abgesehen vom Aufenthalt in einem Heim ist demgegenüber die Umgebung, in welcher sie sich aufhält, grundsätzlich unerheblich. Bei der lebenspraktischen Begleitung darf keine Rolle spielen, ob die versicherte Person allein lebt, zusammen mit dem Lebenspartner, mit Familienmitgliedern oder in einer der heutzutage verbreiteten neuen Wohnformen. Massgebend ist einzig, ob die versicherte Person, wäre sie auf sich allein gestellt, erhebliche Dritthilfe in Form von Begleitung und Beratung benötigen würde. Von welcher Seite diese letztlich erbracht wird, ist ebenso bedeutungslos wie die Frage, ob sie kostenlos erfolgt oder nicht (BGE 146 V 322 E. 2.3 S. 325, 133 V 450 E. 5 S. 461).

4.2.3 Gemäss dem Willen des Gesetzgebers soll der Anspruch auf Hilfenentschädigung nicht bei jeglicher Form und Dauer der lebenspraktischen Begleitung gegeben sein. Vielmehr ist eine entsprechende Entschädigung durch die Invalidenversicherung nur bei einem bestimmten minima-

len Schweregrad der Hilflosigkeit gerechtfertigt. Nach der Rechtsprechung und der Verwaltungspraxis ist die Erheblichkeitsschwelle erreicht, wenn die lebenspraktische Begleitung gemäss Art. 42 Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 38 IVV über eine Periode von drei Monaten gerechnet im Durchschnitt während mindestens 2 Stunden pro Woche benötigt wird (BGE 146 V 322 E. 6.1 S. 329).

4.3 Im gestützt auf die Akten verfassten Abklärungsbericht vom 26. August 2020 (act. IIA 251 S. 3 f.) führte die Abklärungsfachperson aus, eine Hilflosigkeit bei der Vornahme von alltäglichen Lebensverrichtungen sei nicht ausgewiesen. Auch lägen weder eine „dauernde Hilfe im Rahmen der Pflege“ noch eine „persönliche Überwachung“ vor. Zu prüfen bleibe einzig, ob die Anspruchsvoraussetzungen einer „lebenspraktischen Begleitung“ erfüllt seien. Hierzu werde eine aktuelle, abschliessende versicherungsmedizinische Beurteilung hinsichtlich zumutbarer Arbeitsfähigkeit benötigt, in welcher ferner zu möglichen Einschränkungen im Haushalt Stellung bezogen werde. Sofern die versicherte Person im Aufgabenbereich Haushalt nicht wesentlich eingeschränkt sei, sei das Leistungsbegehren um Hilflosenentschädigung abzuweisen. Auf eine Abklärung vor Ort könne dann aufgrund eindeutiger und in sich konsistenter Tatbestände verzichtet werden (S. 3).

4.4 Hinsichtlich der alltäglichen Lebensverrichtung (Ankleiden, Auskleiden; Aufstehen, Absitzen, Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichtung der Notdurft; Fortbewegung [im oder ausser Haus], Kontaktaufnahme; BGE 133 V 450 E. 7.2 S. 463) und der dauernden Hilfe sowie persönlichen Überwachung deckt sich die Einschätzung der Abklärungsfachperson im Wesentlichen mit den Angaben der behandelnden Psychiaterin (act. IIA 248 S. 7, 297 S. 4 Ziff. 17) und den Behandlern des Zentrums O._____ (act. II 228 S. 4 Ziff. 17; vgl. aber auch act. II 228 S. 5). Sodann steht dies auch in Einklang mit dem psychiatrischen Teilgutachten vom 13. Juli 2021 (act. IIA 292.2) und eine massgebliche Einschränkung lässt sich offensichtlich auch nicht aus dem Zumutbarkeitsprofil (in einer körperlich leichten, wechselbelastenden, rückenadaptierten Tätigkeit ohne Zwangshaltung besteht eine Arbeitsfähigkeit von 60 %; act. IIA 292.1 S. 17 Ziff. 8 i.V.m. act. IIA 292.2 S. 46 Ziff. 4.1) ableiten. Den Akten lässt sich

denn auch nicht entnehmen, weshalb die Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen teilweise nicht in der Lage sein sollte, ihre Haare zu waschen (vgl. hierzu act. II 217 S. 4 Ziff. 4.1; act. IIA 292.2 S. 21 Ziff. 3.2.1). Ohnehin würde eine diesbezügliche lediglich gelegentliche Hilfestellung keine Hilflosigkeit begründen (vgl. SVR 2017 IV Nr. 42 S. 126 E. 5.3). Dies wird von der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin ausserdem nicht (substanziert) bestritten (vgl. Beschwerde 2 S. 21 Ziff. 42).

4.5 Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Anspruch auf Hilflosenentschädigung infolge lebenspraktischer Begleitung mit der Begründung, die Voraussetzung eines Rentenanspruchs sei nicht erfüllt (act. IIA 314 S. 1). Inwieweit diese Begründung mit Blick darauf, dass neben psychischen auch somatische Einschränkungen bestehen, bestand hat, kann offen bleiben. Wie dargelegt (vgl. E. 3.7 hiavor) wurde die Rente mangels eines erstellten Revisionsgrundes zu Unrecht aufgehoben und mit dem fortwährenden Rentenanspruch ist die Anspruchsvoraussetzung des laufenden Rentenbezuges (vgl. E. 4.1 hiavor) erfüllt. Demnach bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin auf lebenspraktische Begleitung i.S.v. Art. 38 Abs. 1 IVV angewiesen ist.

4.5.1 In Bezug auf die Frage nach Hilfeleistungen, ohne die das selbstständige Wohnen nicht möglich wäre (vgl. Art. 38 Abs. 1 lit. a IVV), machte die Beschwerdeführerin im Rahmen der Anmeldung für eine Hilflosenentschädigung (act. II 217) geltend, sie sei in Zusammenhang mit dem Putzen der Wohnung und der Fenster, dem Tragen des Wäschekorbes sowie dem Aufhängen der Wäsche auf Hilfe angewiesen (S. 5 Ziff. 5.1). Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung erklärte sie hingegen, sie erledige die Haushaltsarbeiten (mit Mühe) alleine, wobei ihr ab und zu einer ihrer ... helfe (act. IIA 292.2 S. 21 Ziff. 3.2.1 und S. 26 Ziff. 3.2.8). Darüber hinaus sind auch die behandelnden Ärzte der Ansicht, dass die Beschwerdeführerin bei der Bewältigung von Alltagssituationen auf keine regelmässige Hilfe von Drittpersonen angewiesen ist (act. II 228 S. 6 Ziff. 2; act. IIA 248 S. 8 Ziff. 2). Daher und mit Blick auf das medizinische Zumutbarkeitsprofil (in einer körperlich leichten, wechselbelastenden, rückenadaptierten Tätigkeit ohne Zwangshaltung besteht eine Arbeitsfähigkeit von 60 %; act. IIA 292.1 S. 17 Ziff. 8 i.V.m. act. IIA 292.2 S. 46 Ziff. 4.1) erhellt im vorliegenden Kon-

text nicht, weshalb die Tagesstätte P._____ jüngst eine wöchentliche Wohnbegleitung (Unterstützung bei den alltäglichen Haushaltsaufgaben) installierte (act. I 4 S. 2). Jedenfalls bieten die Akten keine nachvollziehbare Erklärung, weshalb die Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sein sollte, ohne die Hilfe von Drittpersonen alleine zu wohnen. In diesem Zusammenhang ist denn auch zu beachten, dass die Hilfeleistung *absolut erforderlich* sein müsste, um selbstständig wohnen und einen Heimeintritt vermeiden zu können. Dass gewisse Tätigkeiten langsamer oder nur mit Schwierigkeiten oder nur in gewissen Momenten erledigt werden können, reicht hierfür nicht (vgl. Rz. 2087 des Kreisschreibens des BSV über Hilflosigkeit [KSH]; vgl. 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).

4.5.2 Die Frage nach der Notwendigkeit von Begleitung einer Drittperson für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung (Art. 38 Abs. 1 lit. b IVV) bejahte die behandelnde Hausärztin mit der Begründung, aufgrund der Depression lägen Rückzugstendenzen vor (act. II 228 S. 6 Ziff. 2). Die behandelnde Psychiaterin erachtete eine entsprechende Hilfeleistung demgegenüber als nicht notwendig (act. IIA 248 S. 8 Ziff. 2), was überzeugt. So ist mit Blick auf den Gesundheitszustand nicht ersichtlich, weshalb die Beschwerdeführerin (absolut) nicht in der Lage sein sollte, das Haus für bestimmte Verrichtungen wie beispielsweise das Einkaufen, Freizeitaktivitäten, Arzt- oder Coiffeurbesuche selbstständig zu verlassen (Rz. 2103 KSH) und aus den Akten ergibt sich denn auch nicht, dass sie bei entsprechenden Tätigkeiten regelmässig begleitet würde.

4.5.3 Was letztlich die ernsthafte Gefahr betrifft, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren (Art. 38 Abs. 1 lit. c IVV), muss sich zur Begründung einer lebenspraktischen Begleitung eine solche bereits manifestiert haben, wobei selbst eine effektiv bereits eingetretene Isolation für sich alleine nicht genügt, solange sie überwiegend wahrscheinlich bloss vorübergehend ist, und keine Gefahr besteht, dass sie sich perpetuiert (MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl. 2022, Art. 42-42^{ter} N. 50), was vorliegend offenbar nicht der Fall ist. So lebt die Beschwerdeführerin zwar nicht in einer Paarbeziehung und einige ihrer

Freundinnen haben sich angeblich zurückgezogen. Allerdings pflegt sie selbstständig verschiedene Kontakte. So wohnt sie mit einem ihrer ... zusammen, hat auch Kontakt zu den beiden anderen ... sowie wöchentlich zu der und den beiden Enkelkindern, trifft sich täglich mit zwei älteren Nachbarinnen, telefoniert täglich mit ihrer ... und besucht dreimal die Woche die Tagesstätte P._____, wobei sie mit dort kennengelernten Personen auch einen privaten Austausch pflegt (act. IIA 292.1 S. 11 Ziff. 3.2, 292.2 S. 22 Ziff. 3.2.1 und S. 25 f. Ziff. 3.2.7 f.; act. I 4). Entsprechend erachtete der psychiatrische Gutachter die Beschwerdeführerin denn auch als sozial gut integriert (act. IIA 292.2 S. 35 Ziff. 7.1). Die Erforderlichkeit einer Begleitung zur Vermeidung sozialer Isolation ist damit ebenfalls zu verneinen.

4.5.4 Folglich liegt keine Notwendigkeit auf lebenspraktische Begleitung i.S.v. Art. 38 Abs. 1 IVV vor, woran alleine der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor an den Programmen der Tagesstätte P._____ teilnimmt (act. I 4) und ca. ein- bis zweimal pro Monat während ca. drei Stunden von der ambulanten psychiatrischen Betreuung besucht wird (act. I 3 S. 2 unten), nichts ändert, da sie sich – nach dem Dargelegten – offensichtlich unabhängig von diesen Angeboten selbstständig in ihrem Alltag zurechtfinden mag. Dabei ist schliesslich nicht zu beanstanden, dass die Verwaltung gestützt auf die getätigten umfassenden medizinischen Abklärungen und der von den Behandlern eingeholten Auskünften entsprechend der Empfehlung der Abklärungsfachperson (vgl. act. IIA 251 S. 3) auf die Durchführung einer Abklärung an Ort und Stelle verzichtete (vgl. hierzu Rz. 8011 KSH).

4.6 Insgesamt besteht damit kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Infolgedessen ist die Verfügung vom 26. Oktober 2023 (act. IIA 314) im Ergebnis nicht zu beanstanden.

5.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin mangels eines überwiegend wahrscheinlich erstellten Revisionsgrundes im gesamten hier zu beurteilenden Zeitraum und weiterhin Anspruch auf

eine halbe Rente hat. Demgegenüber besteht kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung.

Demnach ist im Verfahren IV/2023/838 die Beschwerde insoweit teilweise gutzuheissen, als die Verfügung vom 24. Oktober 2023 (act. IIA 313) aufzuheben ist, soweit darin der Anspruch auf eine halbe Invalidenrente befristet wurde. Zudem ist sie dahingehend abzuändern, als für den Zeitraum vom 1. Dezember 2014 bis 31. März 2015 lediglich Anspruch auf eine halbe Invalidenrente besteht. Im Übrigen (Zusprache einer höheren als der halben Rente) ist die Beschwerde abzuweisen. Im Verfahren IV/2023/839 betreffend Verfügung vom 26. Oktober 2023 (act. IIA 314) ist die Beschwerde 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. Auch bei vereinigten Verfahren sind die Kosten so zu verlegen, wie wenn die verschiedenen Eingaben getrennt behandelt worden wären, wobei einem allfälligen geringeren Bearbeitungsaufwand bei der Festsetzung der Verfahrenskosten Rechnung zu tragen ist (MICHEL DAUM, in: HERZOG/DAUM [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern, 2. Aufl. 2020, Art. 17 N. 10).

Die Beschwerdeführerin obsiegt im Verfahren IV/2023/838 hinsichtlich der aufzuhebenden Befristung des Rentenanspruchs, unterliegt indes hinsichtlich der (kurzzeitigen vorübergehenden) Erhöhung des Rentenanspruchs, wobei aufgrund der deutlich untergeordneten Bedeutung der befristeten Erhöhung sich im vorliegenden Verfahren keine Kostenauflegung zu Lasten der Beschwerdeführerin rechtfertigt. Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 500.--, hat in diesem Verfahren demnach die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

Indes unterliegt die Beschwerdeführerin im Verfahren IV/2023/839. Entsprechend werden die Verfahrenskosten in diesem Verfahren, gerichtlich bestimmt auf Fr. 500.--, der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich gesamthaft bestimmt auf Fr. 1'000.--, haben somit die Beschwerdegegnerin und die Beschwerdeführerin je zur Hälfte bzw. im Umfang von je Fr. 500.-- zu tragen (vgl. Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der auf die Beschwerdeführerin entfallende Anteil von Fr. 500.-- ist dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- zu entnehmen. Die Restanz von Fr. 500.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

6.2 Nach der Rechtsprechung hat die beschwerdeführende Partei bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1).

Hinsichtlich der Parteientschädigung ist von einem der Liquidation der Kosten entsprechenden Obsiegen bzw. Unterliegen auszugehen. Demnach hat die Beschwerdeführerin im Verfahren IV/2023/838 Anspruch auf eine Parteientschädigung, wobei es sich rechtfertigt, von der Hälfte der geltend gemachten Parteientschädigung auszugehen. Diese ist gestützt auf die nicht zu beanstandende Kostennote von Advokatin C. _____ vom 25. Januar 2024 von gesamthaft Fr. 6'149.45 (Honorar von Fr. 5'541.50 [22 h und 10 min x Fr. 250.--], zuzüglich Auslagen von Fr. 166.25 [3 % von Fr. 5'541.50; in Bezug auf die Zulässigkeit pauschalisiert geltend gemachter Auslagen vgl. BVR 2024 S. 392 ff. E. 4.2.2 ff.] und Mehrwertsteuer von Fr. 441.70 [7.7 % von Fr. 5'145.70 + 8.1 % von Fr. 562.05]) auf Fr. 3'074.70 (Fr. 6'149.45 / 2) festzulegen. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Im Verfahren IV/2023/838 wird in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 24. Oktober 2023 aufgehoben, soweit die halbe Rente per 1. Dezember 2023 befristet wurde und dahingehend abgeändert, als für die Zeit vom 1. Dezember 2014 bis 31. März 2015 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente besteht. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Im Verfahren IV/2023/839 wird die Beschwerde abgewiesen.
3. Die Verfahrenskosten im Verfahren IV/2023/838 von Fr. 500.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
4. Die Verfahrenskosten im Verfahren IV/2023/839 von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- entnommen. Die Restanz von Fr. 500.-- wird der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückerstattet.
5. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin im Verfahren IV/2023/838 die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'074.70 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen. Im Verfahren IV/2023/839 besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.
6. Zu eröffnen (R):
 - B. _____, Advokatin C. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - 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 Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.