

200 22 112 IV
WIS/FRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 1. Februar 2023

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. Januar 2022



Sachverhalt:

A.

Die 1966 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich erstmals im August 2013 insbesondere unter Hinweis auf Schmerzen an der Wirbelsäule mit Übertragung auf Hüfte und Beine sowie eine leichte Arthrose im Hüftgelenk bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [act. II] 7). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) führte erwerbliche und medizinische Erhebungen durch. Insbesondere holte sie bei der Begutachtungsstelle C._____ ein bidisziplinäres Gutachten in den Fachbereichen Orthopädie und Psychiatrie ein (Gutachten der Begutachtungsstelle C._____ vom 11. September 2017 [act. II 121.1-2]). Ferner liess die IVB einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb erstellen (act. II 131). Mit Verfügung vom 7. August 2018 (act. II 142) sprach sie der Versicherten in Anwendung der gemischten Methode (Status: Erwerb 70 %, Haushalt 30 %) eine Dreiviertelsrente ab 1. Februar 2014, befristet bis 30. April 2014, eine ganze IV-Rente ab 1. Mai 2014, befristet bis 30. November 2014, sowie eine ganze IV-Rente ab 1. September 2015, befristet bis 31. März 2016, zu.

Auf eine Neuanmeldung vom 1. Oktober 2019 (act. II 160) trat die IVB mit Verfügung vom 8. Januar 2020 mangels Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung nicht ein (act. II 166).

Am 24. Februar 2020 meldete sich die Versicherte wiederum zum Leistungsbezug an (act. II 171). Die IVB tätigte medizinische und erwerbliche Erhebungen. Nachdem der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) eine Laboruntersuchung durchgeführt hatte (Antwortbeilage [act. IIA] 210, 214), liess er ein forensisch-toxikologisches Gutachten erstellen (Expertise vom 1. Juni 2021 [act. IIA 218.1]). In der Folge holte die IVB nach Rücksprache mit dem RAD (act. IIA 220) bei der Begutachtungsstelle D._____ ein bidisziplinäres Verlaufsgutachten in den Fachbereichen Orthopädie und Psychiatrie ein (Expertise vom 5. Oktober 2021 [act. IIA 233.1-5]). Mit Vorbe-

scheid vom 4. November 2021 (act. IIA 234) stellte die IVB die Abweisung des Rentenbegehrens mit der Begründung, dass kein Revisionsgrund erstellt sei, in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte am 18. November 2021 Einwand (act. IIA 240). Nachdem sie von der IVB die Gelegenheit erhalten hatte, ihren Einwand nachzubessern (act. IIA 241, 242), wies diese das Leistungsbegehren dem Vorbescheid entsprechend mit Verfügung vom 18. Januar 2022 ab (act. IIA 243).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 17. Februar 2022 Beschwerde mit folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Kanton Bern vom 18. Januar 2022 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei rückwirkend ab dem 1. Februar 2020 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 77.5 % fortdauernd und ununterbrochen eine ganze Invalidenrente (100 %) auszurichten.
3. Eventualiter sei der Beschwerdeführerin rückwirkend ab dem 1. Februar 2020 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 40.48 % fortdauernd und ununterbrochen eine Invalidenrente von 25 % einer ganzen Rente auszurichten.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 18. März 2022 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

(ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 18. Januar 2022 (act. IIA 243). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

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

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

2.

2.1 In formeller Hinsicht macht die Beschwerdeführerin eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend. Dabei beanstandet sie, die Rentenverweigerung sei erfolgt, ohne auf die geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einzugehen. Eine umfassende und schlüssige interdisziplinäre medizinische Abklärung habe nicht stattgefunden. Die angefochtene Verfügung genüge den Anforderungen an einen ausreichend und nachvollziehbar begründeten Entscheid nicht (Beschwerde S. 11 Ziff. 14). Des Weiteren bringt sie vor, indem die Vorinstanz das Leistungsbegehren ohne Vornahme einer Haus-

haltsabklärung verweigert habe, habe sie das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt (Beschwerde S. 14 Ziff. 20).

2.2 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 BV. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; SVR 2020 IV Nr. 57 S. 194 E. 3.1.2).

2.3 Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines allfälligen Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 140 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 194 E. 3.3.1). Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 140 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 194 E. 3.3.1).

2.4

2.4.1 Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung vom 18. Januar 2022 (act. IIA 243) dargelegt, warum kein Revisionsgrund vorliegt. Dabei hat sie sich zulässigerweise auf die wesentlichen Gesichtspunkte beschränkt (vgl. E. 2.2 hiavor). Der Beschwerdeführerin war es denn auch ohne weiteres möglich, gestützt auf die Ausführungen in der Verfügung und die zugestellten amtlichen Akten eine ausführlich begründete Beschwerde einzureichen. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs resp. der Begründungspflicht ist vorliegend somit nicht erfolgt (vgl. BGE 142 III 433 E. 4.3.2 S. 436). Doch selbst wenn von einer Gehörsverletzung auszugehen wäre, die indes nicht als schwerwiegend gewertet werden könnte, würde diese als geheilt gelten, da die Beschwerdeführerin sich vor dem angerufenen Gericht, das sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann, äussern konnte (vgl. E. 2.2 f. hiavor).

2.4.2 Des Weiteren ist die Beurteilung, ob die erfolgte interdisziplinäre medizinische Abklärung der Begutachtungsstelle D._____ umfassend und schlüssig ist und insbesondere auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt bzw. die materielle Einschätzung der Gutachter zutrifft, nicht eine Frage des rechtlichen Gehörs, sondern der – unter E. 4 ff. nachfolgend vorzunehmenden - materiellen Würdigung.

2.4.3 Die Beschwerdegegnerin ist gestützt auf das Gutachten der Begutachtungsstelle D._____ davon ausgegangen, dass keine Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist (vgl. E. 4.5 ff. hiernach; act. IIA 233.1 S. 15, 243 S. 1 f.). Die Vornahme einer Haushaltsabklärung erübrigte sich ihrer Meinung nach damit. Ob dies korrekt war, ist ebenfalls materiell zu prüfen. Eine Gehörsverletzung ist nicht ausgewiesen.

3.

3.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen

Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 18. Januar 2022 (act. IIA 243), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühest mögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind, so sieht die IV-Revision denn auch keinen speziellen gesetzlichen Revisionsgrund per Januar 2022 vor (vgl. auch Ziff. 9100 f. des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 144 V 195 E. 4.2 S. 198).

3.2 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).

3.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.4 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). Wurde eine Rente bereits einmal wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

3.4.1 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des 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 (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

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

3.4.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren - 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; AHl 1999 S. 84 E. 1b).

3.4.4 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).

3.5 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

3.6 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.7 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 we-

sentliche 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).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom 24. Februar 2020 (act. II 171) eingetreten. Die Eintretensfrage ist deshalb vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Auf die Neuanschuldung vom 1. Oktober 2019 (act. II 160) war die Beschwerdegegnerin nicht eingetreten und hat damit auch keine materielle Prüfung des Anspruchs vorgenommen, weshalb die entsprechende Verfügung vom 8. Januar 2020 (act. II 166) in revisionsrechtlicher Hinsicht unbeachtlich ist (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114).

Zu prüfen ist, ob zwischen der Verfügung vom 7. August 2018 (act. II 142) und der hier angefochtenen Verfügung vom 18. Januar 2022 (act. IIA 243) eine (potentiell) anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 3.4.1 hiervor).

4.2 Die Verfügung vom 7. August 2018 (act. II 142) basierte massgeblich auf dem bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle C. _____ vom 11. September 2017 (act. II 121.1-2). Die Experten stellten nach Untersuchungen in den Bereichen Orthopädie sowie Psychiatrie folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 121.1 S. 43):

Pseudocervicobrachialgie beidseits bei leichter Discusprotrusion C3-7 mit leichten Facettengelenksarthrosen und Status nach Dekompression und Prothesenimplantation C5/6 und C6/7 im September 2015

Pseudolumboischialgie beidseits bei Status nach Mikrodiskektomie L5/S1 und Neurolyse S1 links im Februar 2013, Dekompression L4/5 links mit Neurolyse L5 links und Re-Dekompression L5/S1 links mit Re-Neurolyse S1 links sowie dorsaler Stabilisation L3-S1 im Februar 2014

Coxarthrose beidseits

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ICD-10: F33.1

Der psychiatrischer Experte legte zum Befund dar, die Beschwerdeführerin wirke in der Stimmung bedrückt, affektiv vermindert mitschwingend bis affektlabil, weinerlich, nicht aufhellbar, psychomotorisch und im Antrieb unauffällig. Im Denken wirke sie negativistisch auf ihre körperlichen Beschwerden, ihre soziale Situation insbesondere finanzielle Situation eingengt und mache sich Sorgen bezüglich der Arbeitslosigkeit ihrer Tochter. Es würden bei fehlenden Zukunftsperspektiven Zukunftsängste und Existenzängste genannt. Die Motivation schein vermindert und es liessen sich nur wenige Interessen erheben. Es würden Schlafstörungen angegeben mit subjektiv vermehrter Müdigkeit tagsüber. Zum Untersuchungszeitpunkt fänden sich keine Hinweise für vermehrte Müdigkeit oder Erschöpfung (act. II 121.1 S. 28).

Der orthopädische Experte führte aus, das Ausmass der Nackenschmerzen sowie der deutlich abnormen Untersuchungsbefunde der Halswirbelsäule könne mit der im MRI sichtbaren leichten Diskusprotrusion L3-7 und den leichten Facettengelenksarthrosen bei Status nach Dekompression und Bandscheibenprothese C5/6 und C6/7 nur ungenügend erklärt werden. Bei radiologisch fehlender neuraler Kompression könne auch die Ausstrahlung der Schmerzen in sämtliche Finger nicht objektiviert werden. Die Ursache der Brustwirbelsäulenschmerzen bleibe bei fast unauffälligem klinischem Befund und insbesondere auch altersentsprechendem normalem radiologischem Befund unklar. Auch das Ausmass der Schmerzen in der Lendenwirbelsäule sowie der präsentierten pathologischen objektiven Befunde derselben könnten mit dem normalen MRI-Befund nach Dekompression L4/5 und L5/S1 mit dorsaler Stabilisation L3-S1 nicht erklärt werden. Bei radiologisch fehlender neuraler Kompression könne die Ausstrahlung der Schmerzen in sämtliche Zehen nicht plausibilisiert werden (act. II 121.1 S. 10).

Die Experten führten in der bidsziplinären Konsensbeurteilung aus, in der angestammten Tätigkeit als ... betrage die Arbeitsfähigkeit seit Januar 2016 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 60 %. Vorangehend habe im Rahmen der postoperativen Rehabilitation von September 2015 bis zu diesem Zeitpunkt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Bei Tätigkeiten im Haushalt mit freier Zeiteinteilung betrage die Arbeitsfähigkeit ab Januar

2016 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 80 % und vorangehend habe ebenfalls eine dreimonatige 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden im Rahmen der postoperativen Rehabilitation. Seit Januar 2016 könnten Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung sowie körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen und ohne häufiges Gehen, insbesondere auf Treppen und Leitern und ohne Positionen in der Hocke, gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 70 % zugemutet werden (act. II 121.1 S. 44).

4.3 Seit Erlass der Verfügung vom 7. August 2018 (act. II 142) präsentiert sich die medizinische Aktenlage wie folgt:

4.3.1 Der behandelnde Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt nach durchgeführtem MRI der Lendenwirbelsäule (LWS; act. IIA 216 S. 11) im Bericht vom 2. Dezember 2019 (act. IIA 216 S. 10) fest, das MRI zeige eine links-konvexe Lumbalskoliose bei Status nach Stabilisation zwischen L3 und S1. Es zeige keine relevanten Veränderungen, auch keine relevanten Stenosen. Auf Höhe L5/S1 links zeige sich eine leichte Vernarbung um die Nervenwurzel S1, aber ohne Hinweis auf Kompression. Auf Höhe Anschlusssegmente zeige sich ebenfalls kein Hinweis auf eine grosse Spinalkanalstenose. Es zeige sich eine rezessale Stenose rechtsseitig mit ganz kleiner Diskushernie L2/3 rechts. Die bis anhin durchgeführten Therapien und auch Infiltrationen hätten jeweils keine relevante langfristige Besserung gezeigt, so dass er sicherlich mit der Beschwerdeführerin die Situation erläutern und allenfalls nochmals weitere Therapieschritte einleiten werde.

4.3.2 Die Ärzte des Spitals F. _____ diagnostizierten im Austrittsbericht vom 9. Januar 2020 (act. II 173 S. 4 f.) insbesondere eine leicht dislozierte Patellaquerfraktur rechts. Die Beschwerdeführerin sei am 3. Januar 2020 im häuslichen Umfeld gestürzt. Am 4. Januar 2020 sei sie operiert worden.

4.3.3 Dr. med. E. _____ berichtete am 14. Februar 2020 (act. II 173 S. 2 f.), die Beschwerdeführerin könne wegen den starken Schmerzen, insbesondere in der LWS, nicht lange sitzen oder stehen. Seiner Meinung nach sei sie nicht eingliederungsfähig und eine Berentung sei gerechtfertigt.

4.3.4 Die Dres. med. G. _____ und H. _____, Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führten im Bericht vom 18. Februar 2020 (act. II 173 S. 1) aus, betreffend die Patella rechts liege sechs Wochen nach der Operation ein regelrechtes Resultat vor. Die Beschwerdeführerin solle das Bein nun frei belasten, es bestünden keine Beweglichkeitslimiten mehr.

4.3.5 Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 17. Juli 2020 (act. II 180) einen Status nach Zuggurtungsosteosynthese am 3. Januar 2020 bei Patellaquerfraktur, aktuell störendes Osteosynthesematerial bei geheilter Fraktur und ggf. beginnender sekundärer Retropatellarrarthrose. Er habe die Beschwerdeführerin am 28. Mai 2020 in seiner Sprechstunde untersucht. Sie sei gestört durch die Drähte und wünsche ein aktives Vorgehen. Klinisch zeige sich eine vollumfängliche Beweglichkeit des Kniegelenkes. Die Fraktur sei geheilt bei unveränderter Zuggurtungslage.

4.3.6 Im Austrittsbericht vom 23. September 2020 (act. II 190 S. 4 ff.) des Spitals F. _____ führten die Ärzte aus, am 22. September 2020 sei das Metall am rechten Knie entfernt worden. Der Verlauf sei komplikationslos gewesen und die postoperative Röntgenkontrolle habe regelrechte ossäre Verhältnisse ohne verbleibendes Osteosynthesematerial gezeigt (S. 4).

4.3.7 Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und lic. phil. K. _____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, diagnostizierten im Bericht vom 24. Februar 2021 (act. IIA 200) eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.10) bei chronischem lumboradikulärem Schmerzsyndrom (S. 5 Ziff. 2.5). Seit Jahren bestehe eine depressive Symptomatik u.a. mit gedrückter Stimmung, Gedankenkreisen, Zukunfts- und Existenzängsten, Insuffizienzgefühlen, vermindertem Antrieb und passiven Todeswünschen. Daneben bestehe

eine chronische Schmerzproblematik, wobei die jeweilige Ausprägung der Schmerzen die depressive Symptomatik moduliere. Dabei gingen die somatischen Schmerzen der depressiven Symptomatik voraus. Infolge der aktuell wiederum stärkeren Schmerzen fänden parallel wieder vermehrt somatische Untersuchungen statt (S. 4 Ziff. 2.2). Es bestehe in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 8 Ziff. 4.1 f.).

4.3.8 Am 19. Februar 2021 wurde ein MRI der BWS/LWS durchgeführt (act. IIA 216 S. 6 f.). Dr. med. E. _____ stellte daraufhin im Bericht vom 9. März 2021 (act. IIA 216 S. 4 f.) folgende Diagnosen:

1. Lumboradikuläres Schmerzsyndrom mit/bei:
Leichter rezessaler Stenose L2/3 bds.
Status nach Dekompression und Stabilisation L3-S1
Morbus Baastrup
2. Chronisches zervikales Schmerzsyndrom mit/bei:
Status nach ACIF C5/6 und C6/7
Diskushernie zentral C3/4
3. Thorakales Schmerzsyndrom mit/bei:
Foramenstenose Th11/12 rechts

Dr. med. E. _____ führte aus, anamnestisch seien die lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung über das Gesäss sowie das untere Abdomen und Leiste sowie in die Beine bds. sehr stark ausgeprägt. Es zeigten sich weiterhin keine motorischen Defizite der unteren Extremität. Die Hüfte sei frei beweglich, ohne Schmerzauslösung (S. 4). In der BWS zeige sich eine rechtsseitige transforaminale Bandscheibenprotrusion Th11/12 mit konsekutiver Neuroforamenstenose. Im Bereich der LWS zeige sich der Zustand nach dorsaler Stabilisation L3-S1. Es bestünden leichte rezessale Stenosen L2/3 bds. sowie eine geringe Neuroforamenstenose ebenda. Überdies sei eine spinale Zyste auf Höhe S2 sichtbar.

Am 16. März 2021 führte Dr. med. E. _____ eine Epiduralinfiltration L2/3 links durch (act. IIA 216 S. 2).

4.3.9 Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. K. _____ führten am 12. April 2021 zu Handen der Beschwerdegegnerin aus, seit Jahren werde das Medikament Lexotanil ver-

ordnet. Überdies nehme die Beschwerdeführerin Duloxetin sowie Valdoxan ein (act. IIA 208 S. 1 f.).

4.3.10 Im forensisch-toxikologischen Gutachten der Begutachtungsstelle M._____ vom 1. Juni 2021 (act. IIA 218.1) wurde dargelegt, die nachgewiesenen Substanzkonzentrationen liessen darauf schliessen, dass regelmässig Tramadol (zentral wirksames Schmerzmittel) sowie mehrmals Oxycodon (Analgetikum/Opioid) und mehrmals Bromazepam (Tranquilizer) eingenommen worden sei. Es sei kein regelmässiger oder übermässiger Alkoholkonsum nachweisbar (S. 5).

4.3.11 Das bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D._____ vom 5. Oktober 2021 (act. IIA 233.1-5) basiert vorallem auf Untersuchungen in den Fachbereichen Orthopädie sowie Psychiatrie. In der interdisziplinären Konsensbeurteilung stellten die Gutachter folgende Diagnosen (act. IIA 233.1 S. 7 f.):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

ICD-10: M35.0

Chronisches zervikozepales Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie mit/bei:

- Muskulärer Dekonditionierung mit konsekutiver Fehlhaltung, Dysbalance und Haltungsinsuffizienz
- Einer Rotationseinschränkung nach links und rechts um jeweils 1/3
- Einer Einschränkung der Seitwärtsneigung nach links und rechts um jeweils 1/3
- radiologisch regelrecht einliegenden Bandscheibenprothesen in den Segmenten C5/6 sowie C6/7 ohne jedwede Lockerungs- /Lysezeichen
- Status nach am 4. September 2015 erfolgter Dekompression der Segmente C5/6 und C6/7 mit Implantation einer Bandscheiben-Prothese Zero-P

ICD-10: M54.1

Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit intermittierendem lumbospondylogem Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie mit/bei:

- muskulärer Dekonditionierung mit konsekutiver Fehlhaltung, Dysbalance und Haltungsinsuffizienz
- knöchern in regelrechter Stellung konsolidierter Spondylodese von L3 auf S1 ohne jedwede Lockerungs- /Lysezeichen
- rechtsseitige transforaminale Bandscheibenprotrusion Th 11/12 mit konsekutiver Neuroforamenstenose sowie leichte rezessale Stenosen L2/3 bds. nebst geringer Neuroforamenstenose und spinaler Zyste auf

Höhe S2 ohne objektivierbare Neurokompression (MRI 19. Februar 2021)

- Status nach am 25. Februar 2013 erfolgter Mikrodiskektomie L5/S1 links mit Neurolyse der S1-Wurzel links
- Status nach am 18. Februar 2014 erfolgter Dekompression L4/5 und L5/S1 mit Neurolyse L5 und Re-Neurolyse S1 links nebst transpetikulärer Verschraubung von L3 bis S1

ICD-10: F32.8

Chronifizierte depressive Episode mit mittelgradigem Ausprägungsgrad

ICD-10: F13.1

latrogen-induzierter schädlicher low-dose Gebrauch von Benzodiazepinen

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

ICD-10: S82.0

Status nach am 3. Januar 2020 erlittener und mittlerweile knöchern in regelrechter Stellung konsolidierter Patellaquerfraktur; ggf. ohne Beschwerdevortrag sowie ohne Funktionseinschränkung

ICD-10: Z55

Probleme in Verbindung mit Ausbildung und Beruf

ICD-10: Z50

Probleme in Verbindung mit ökonomischen Verhältnissen

ICD-10: Z60.2

Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (unzureichende Deutschkenntnisse)

ICD-10: R52

Chronische Schmerzen bei Störungen des Stütz- und Bewegungsapparates

Im orthopädischen Teilgutachten vom 14. September 2021 (act. IIA 233.2) führte Dr. med. N._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, nach der Patellaquerfraktur vom 3. Januar 2020 habe sich diese in einer sechs Wochen postoperativ erfolgten klinischen und radiologischen Verlaufskontrolle in regelrechter Stellung konsolidiert gezeigt mit ab diesem Zeitpunkt möglicher Vollbelastung und Freigabe der Mobilität (S. 63). Von der Beschwerdeführerin würden diesbezüglich keine massgeblich verbliebenen Beschwerden beklagt (S. 65). Er gehe mit den von Dr. med. E._____, erhobenen Untersuchungsbefunden sowie den hieraus abgeleiteten diagnostischen Feststellungen uneingeschränkt einig. In den einzelnen Testverfahren habe sich

eine durchgehende Konsistenz der Untersuchungsbefunde gezeigt. Die im Jahre 2014 erfolgte Spondylodese von L3 auf S1 erweise sich knöchern in regelrechter Stellung konsolidiert. Auch die im Bereich der Halswirbelsäule auf Höhe C5/6 sowie C6/7 einliegenden Bandscheibenprothesen erwiesen sich regelrecht einliegend ohne jedwede Lockerungs- und Lysezeichen. Es habe sich kein Anhalt für eine verbliebene Radikulopathie gezeigt. Das Ausmass sowie die Intensität der von der Beschwerdeführerin beklagten Schmerzsymptomatik könne daher unter klinischen, radiologischen und neurophysiologischen Kriterien nicht objektiviert werden (S. 66). Es sei von einem im wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand auszugehen. Im Hinblick auf das Kniegelenk sei es in der Folge einer am 3. Januar 2020 erlittenen, operationspflichtigen Patellaquerfraktur zu einer temporären Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Die Patella erweise sich jedoch in den vorliegenden Röntgenaufnahmen in regelrechter Stellung konsolidiert, ohne Ausbildung einer als wesentlich anzusehenden Kniescheibenrückflächenarthrose. Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht ergebe sich durch die Patellaquerfraktur somit eine temporäre Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welche jedoch mit einer posttraumatischen Rehabilitationsphase von längstens sechs Monaten und somit ab Anfang Juli 2020 als ausgeheilt anzusehen sei (S. 72).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 16. September 2021 (act. IIA 233.3) legte Dr. med. O. _____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, dar, aus psychiatrischer Sicht habe sich keine wesentliche Veränderung des Status ergeben. Es handle sich um eine chronifizierte Depression mit Weinerlichkeit, Jammern, anhedonen Beschwerden mit Kraftlosigkeit und Erschöpfungsgefühlen, die in ihrem Ausprägungsgrad keine wesentliche Veränderung aufweise und als mittelgradig einzustufen sei. Als Differenzialdiagnose der Anhedonie sei ein iatrogen-induzierter langjähriger low-dose Gebrauch von Benzodiazepinen (Lexotanil) zu benennen. Dieses Benzodiazepin sei nur für den anhaltenden Gebrauch von maximal zwei Wochen am Stück zugelassen; es handle sich um keinen leitliniengetreuen Einsatz des Psychopharmakons. Es müsse durchaus davon ausgegangen werden, dass der fortgesetzte Substanzkonsum des Lexotaniils Auswirkungen auf die affektive Ebene der Beschwerdeführerin habe (S. 27). So sei es auch vornehmlich der negativistische Verarbeit-

tungsstil der Beschwerdeführerin, der den depressiven Affekt nebst den psychosozialen Belastungsfaktoren begründe. Diese unterhielten das Störungsbild in ganz wesentlichem Masse (S. 28). Es liege ein unveränderter psychischer Gesundheitszustand im Vergleich zum Referenzzeitpunkt vor (S. 29). Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Vorgutachter wurde bestätigt (S. 31).

Im interdisziplinären Konsens führten die Gutachter aus, im Vergleich zur Begutachtung vom 11. September 2017 bestehe im Wesentlichen ein unveränderter Gesundheitszustand. Die Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit wurde beibehalten (act. IIA 233.1 S. 13 ff.).

4.3.12 Dr. med. E. _____ berichtete am 14. Dezember 2021 (act. IIA 242), nach wie vor zeige sich ein gemischtes Schmerzbild, wobei alle Schmerzpunkte in der klinischen Untersuchung und in der Bildgebung hätten objektiviert werden können. Es zeige sich einerseits ein zervikales, zervikothorakales Schmerzsyndrom bei progredienter Segmentdegeneration C3/C4. Daneben zeigten sich eine laterale Diskushernie Th12-L1 rechts und Foraminalstenosen Th11/Th12 rechts, welche die thorakolumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung entlang dem Rippenbogen Th12 bis in den Unterbauch gut erklärten. Daneben komme eine rezessale Stenose L2/L3, welche ebenfalls zu den Vorbildern von 2017 progredient sei. Die rezessalen Stenosen führten zu einer Neurokompression auf Höhe L2/L3 der Nervenwurzel L3. Insgesamt könne konstatiert werden, dass seit 2017 doch eine erhebliche Verschlechterung sowohl klinisch / radiologisch als auch anamnestisch stattgefunden habe (S. 2).

4.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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).

4.5

4.5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung auf das Verlaufsgutachten der Begutachtungsstelle D._____ vom 5. Oktober 2021 (act. IIA 233.1-5). Diese Expertise erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.4 hiavor), weshalb ihr volle Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Gestützt darauf haben die Gutachter die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet und überzeugend dargestellt. Sie setzten sich in den jeweiligen Teilgutachten wie auch in der interdisziplinären Einschätzung mit der Frage nach einer relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes im massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 4.1 hiavor) auseinander (act. IIA 233.1 S. 15, 233.2 S. 72, 233.3. S. 31).

Gemäss Dr. med. O._____ liegt in psychiatrischer Hinsicht ein unveränderter Gesundheitszustand vor. Er legte nachvollziehbar und überzeugend dar, dass sich der Psychostatus absolut vergleichbar zum Referenzzeitpunkt darstelle (act. IIA 233.3 S. 24, 233.3 S. 17, act. II 121.1 S. 28) und diagnostizierte schlüssig eine chronifizierte depressive Episode mittel-

gradiger Ausprägung (ICD-10: F32.8) sowie einen iatrogen-induzierten schädlichen low-dose Gebrauch von Benzodiazepinen (ICD-10: F13.1; die Beschwerdeführerin nimmt seit Jahren Lexotanil [Bromazepam] ein [vgl. act. IIA 208 S. 1 f., 218.1 S. 5]). Überdies sind gemäss dem psychiatrischen Gutachter weiterhin psychosoziale Belastungsfaktoren (schwierige finanzielle Situation, berufliche Perspektivenlosigkeit, Sprachbarriere) vorhanden, die das Krankheitsgeschehen ganz wesentlich unterhalten (act. IIA 233.3 S. 28).

In orthopädischer Hinsicht ist gemäss Dr. med. N. _____ ebenfalls von einem im wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand auszugehen (act. IIA 233.2 S. 72). Die im Jahr 2014 erfolgte Spondylodese von L3 auf S1 erweist sich knöchern in regelrechter Stellung konsolidiert. Auch die im Bereich der Halswirbelsäule auf Höhe C5/6 sowie C6/7 einliegenden Bandscheibenprothesen sind regelrecht einliegend. Eine verbliebene Radikulopathie war nicht vorhanden (act. IIA 233.2 S. 69). Die Beschwerdeführerin ist nach wie vor in der biomechanischen Funktion ihrer Hals- und Lendenwirbelsäule limitiert mit einer daraus erwachsenden Einschränkung der Steh- und Gehfähigkeit (act. IIA 233.2 S. 69). Das Ausmass sowie die Intensität der von der Beschwerdeführerin beklagten Schmerzsymptomatik konnte indessen vom Vorgutachter (act. II 121.1 S. 10) wie auch von Dr. med. N. _____ unter klinischen, radiologischen und neurophysiologischen Kriterien nicht objektiviert werden (act. IIA 233.2 S. 66).

Mit Blick auf die Akten überzeugen die Ausführungen der Gutachter, wonach im Vergleich zur Begutachtung vom 11. September 2017 im Wesentlichen ein unveränderter Gesundheitszustand besteht und die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus bidisziplinärer Sicht nach wie vor 70 % beträgt (act. II 121.1 S. 44, act. IIA 233.1 13 ff.).

4.5.2 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, sowohl Dr. med. E. _____ als auch Dr. med. J. _____ attestierten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, weshalb von einer Verschlechterung auszugehen sei (Beschwerde S. 8), kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten.

Der orthopädische Gutachter bestätigte die vom behandelnden Dr. med. E. _____ erhobenen Untersuchungsbefunde sowie die daraus abgelei-

teten diagnostischen Feststellungen (act. IIA 233.2 S. 66). Soweit sich im MRI der BWS/LWS am 19. Februar 2021 eine rechtsseitige transforaminale Bandscheibenprotrusion Th 11/12 mit konsekutiver Neuroforamenstenose sowie leichte rezessale Stenosen L2/3 bds. nebst geringer Neuroforamenstenose zeigten (act. IIA 216 S. 4 f., S. 6 f., 233.1 S. 7), bedeutet eine weitere Diagnosestellung nur dann eine revisionsrechtlich relevante gesundheitliche Verschlechterung, wenn die veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 84 E. 3). Dies ist namentlich dann der Fall, wenn die neu diagnostizierte(n) Krankheit(en) oder bereits bisher bestehende aber veränderte Gesundheitsschäden sich in qualitativer Hinsicht (Zumutbarkeitsprofil) oder quantitativer Hinsicht (zumutbares Ausmass einer Arbeit in einer angepassten Tätigkeit) – im Vergleich zum früher formulierten Beschäftigungsgrad und Zumutbarkeitsprofil – wesentlich auswirken. Dr. med. E. _____ hat in seinem – nach Erlass des Vorbescheids vom 4. November 2021 (act. IIA 234) – erstellten Bericht vom 14. Dezember 2021 (act. IIA 242 S. 2) zwar ausgeführt, dass seit 2017 eine erhebliche Verschlechterung stattgefunden habe. Er legte aber nicht näher dar, weshalb (weitere) funktionelle Einschränkungen in Bezug auf die bereits reduzierte 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten körperlich leichten Tätigkeit (act. II 121.1 S. 44) bestehen sollen.

Die Dres. med. E. _____ und J. _____ vermögen in ihren Berichten keine Aspekte zu benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5). Bei den durch sie attestierten höheren Arbeitsunfähigkeiten (act. II 173 S. 2 f., act. IIA 200 S. 8 Ziff. 4.2) handelt es sich lediglich um eine revisionsrechtlich unerhebliche unterschiedliche Beurteilung des im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustandes (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105).

4.5.3 Seit der Neuanmeldung vom 24. Februar 2020 (act. II 171) lag auch keine vorübergehende höhere Arbeitsunfähigkeit vor, welche einen befristeten Rentenanspruch zu begründen vermöchte. Die Patellaquerfraktur vom 3. Januar 2020 zeigte sich sechs Wochen postoperativ in regelrechter Stellung konsolidiert mit ab diesem Zeitpunkt möglicher Vollbelastung und

Freigabe der Mobilität (act. II 173 S. 1; IIA 233.2 S. 63). Zwar wurde für weitere sechs Wochen eine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Insgesamt dauerte die Arbeitsunfähigkeit aber weniger als drei Monate an (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV; vgl. E. 3.7 hiervor). Die Beschwerdeführerin fühlte sich in der Folge gestört durch die Drähte im Knie, worauf diese im September 2020 entfernt wurden. Eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit lag aber auch hier nicht vor (act. II 180 S. 2, 190 S. 4 ff.).

4.6 Zusammenfassend ist gestützt auf das beweiskräftige und überzeugende Verlaufsgutachten der Begutachtungsstelle D. _____ vom 5. Oktober 2021 (act. IIA 233.1-5) erstellt, dass seit der Verfügung vom 7. August 2018 (act. II 142) keine Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, welche geeignet ist den Invaliditätsgrad und somit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Damit fehlt es an einem medizinischen Neuanmeldungsgrund. Auch in erwerblicher oder sonstiger tatsächlicher Hinsicht ist eine Veränderung weder ersichtlich noch wird eine solche geltend gemacht, weshalb auch diesbezüglich kein Neuanmeldungsgrund vorliegt. Mangels eines solchen ist eine allseitige Prüfung des Leistungsanspruchs nicht statthaft, womit sich die Durchführung eines Einkommensvergleichs erübrigt. Bei fehlenden Hinweisen auf eine Statusänderung oder wesentliche Veränderung im Haushaltsbereich war im Übrigen auch keine neue Haushaltsabklärung angezeigt.

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 18. Januar 2022 (act. IIA 243) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

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 Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.