

IV 200 2025 88

A. _____
MAK/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. Juni 2025

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Frey
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. Januar 2025



Sachverhalt:

A.

Die 1972 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich – nachdem sie bereits früher Leistungen der Invalidenversicherung (IV), darunter eine vom 1. August 2005 bis zum 31. August 2006 befristete Dreiviertelsrente, bezogen hatte (Akten der IV [act. II] 11.1 S. 102, 136, 176, 236, 336) – im Juli 2014 erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und verneinte mit Verfügung vom 14. April 2016 (act. II 71) gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten der B._____ AG vom 9. Februar 2016 (act. II 59.1) einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 23 %. Das Verwaltungsgericht des Kantons Bern wies die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 75 S. 3 ff.) mit Urteil IV 200 2016 468 vom 20. Januar 2017 ab (act. II 80). Dieses Urteil wurde vom Bundesgericht (BGer) bestätigt (Urteil des BGer 8C_158/2017 vom 22. August 2017; act. II 92).

Bereits am 23. Mai 2017 gelangte die Versicherte mit einem als "Gesuch um Wiedererwägung" betitelten Schreiben (act. II 87) an die IVB. Diese nahm das Gesuch als Neuanmeldung entgegen und tätigte nach Abschluss des bundesgerichtlichen Verfahrens (vgl. act. II 88, 97) medizinische Abklärungen; namentlich beauftragte sie die C._____ AG mit einer interdisziplinären Begutachtung (Gutachten vom 3. Juli 2020; act. II 149.1). Nach durchgeführten Vorbescheidverfahren (act. II 150, 156, 158) und nach Einholung einer Stellungnahme der Gutachter der C._____ AG (act. II 169) wies die IVB am 5. Februar 2021 (act. II 170) das Rentenbegehren ab. Eine hiergegen erhobene Beschwerde (act. II 171 S. 3 ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil IV 200 2021 200 vom 14. September 2021 ab (act. II 178). Dieses Urteil wurde in der Folge vom Bundesgericht mit Urteil 8C_692/2021 vom 1. Juli 2022 (act. II 185) bestätigt.

Im September 2023 meldete sich die Versicherte ein weiteres Mal bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 194). Daraufhin führte die IVB weitere

medizinische und erwerbliche Erhebungen durch und verneinte mit Mitteilung vom 7. März 2024 (act. II 226) einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Ferner stellte sie nach Einholung eines psychiatrischen Gutachtens bei Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Expertise vom 27. August 2024; act. II 235.1), mit Vorbescheid vom 3. September 2024 (act. II 236) die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte Einwand (act. II 240). Nach Einholung einer Stellungnahme von Dr. med. D. _____ (act. II 244) verfügte die IVB am 6. Januar 2025 wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Rentenbegehren ab (act. II 245).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte am 7. Februar 2025 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer IV-Rente.

Am 31. März 2025 ging eine weitere Eingabe der Beschwerdeführerin beim Gericht ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. April 2025 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 Staats-

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 6. Januar 2025 (act. II 245). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente.

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 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).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und

damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 4, 8C_662/2012 E. 3.1).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweiselastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308).

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

Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invali-

Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

2.4 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Der Bundesrat umschreibt die zur Bemessung des Invaliditätsgrades massgebenden Erwerbseinkommen sowie die anwendbaren Korrekturfaktoren. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.5 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. 180, 9C_540/2020 E. 2.3).

2.6 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. BGE 149 V 177 E. 4.7 S. 184). 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, I 822/06 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung von September 2023 (act. II 194) eingetreten und hat über den Rentenanspruch materiell entschieden, womit die Eintretensfrage hier nicht zu überprüfen ist (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 5. Februar 2021 (act. II 170; bestätigt durch Verwaltungs- und Bundesgericht [act. II 178 und 185]) und der hier angefochtenen Verfügung vom 6. Januar 2025 (act. II 245) eine (potentiell) anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 2.6 hiavor). Erst wenn dies zu bejahen ist, ist der Rentenanspruch frei zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

3.2 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Verfügung vom 5. Februar 2021 (act. II 170; bestätigt durch Verwaltungs- und Bundesgericht [act. II 178 und 185]) massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der C._____ AG vom 3. Juli 2020 (act. II 149.1). In diesem wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit

histrionischen und emotional instabilen Anteilen (ICD-10 F61) und eine Somatisierungsstörung und somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.0, F45.4) diagnostiziert (S. 9 Ziff. 4.2). Im Vordergrund des Beschwerdebildes stehe eine durch Schmerzen und diverse weitere, wechselnde körperliche Beschwerden gekennzeichnete Symptomatik. Unter Berücksichtigung der somatischen Untersuchungsergebnisse, insbesondere des orthopädischen Gutachtens, ergäbe sich, dass die beschriebenen Beschwerden nicht ausreichend organmedizinisch erklärbar seien. Die genannte Diskrepanz sei auf mindestens Beschwerdebetonung, wenn nicht Aggravation zurückzuführen. Die beschriebenen körperlichen Beschwerden könnten nicht als psychotisch im Sinne von Zönästhesien angesehen werden. Die diagnostischen Kriterien für eine Schizophrenie lägen nicht vor (S. 5 Ziff. 4.1). Aus orthopädischer, neurologischer und internistischer Sicht wurden keine relevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit festgehalten (S. 6 ff. Ziff. 4.1). Interdisziplinär hielten die Gutachter fest, es bestünden Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie Widerstands- und Durchhaltefähigkeit. Die körperliche Belastbarkeit sei reduziert (S. 9 Ziff. 4.3). Emotional belastende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit besonderem Zeitdruck sollten vermieden werden. Es sollten keine erhöhten Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit bestehen. In somatischer Hinsicht seien körperlich leichte bis gelegentlich leicht bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen des Kopfes und ohne häufige Über-Kopf-Arbeiten möglich (S. 10 Ziff. 4.5). Die Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit liege bei 80 % (8.5 Stunden täglich, 20 % Leistungsminderung [S. 11 Ziff. 4.7 f.]).

3.3 Der angefochtenen Verfügung vom 6. Januar 2025 (act. II 245) liegen folgende Berichte zugrunde:

3.3.1 Dr. med. E._____, Facharzt für Rheumatologie, diagnostizierte im Bericht vom 12. Mai 2023 (act. II 212 S. 10 f.) ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom bei aktuell asymptomatischer Patientin. Die Beschwerdeführerin berichte über einen tätlichen Angriff in einem Fitnessstudio in ... im Januar 2014. Im Anschluss sei es zu einer ausgeprägten Schmerzsituation im Rückenbereich mit Wirbelsäulenblockaden gekom-

men. Aufgrund dieser Beschwerden sei sie hospitalisiert und anschliessend mehrfach fachspezifisch betreut worden. Ebenso sei es im Rahmen des tätlichen Angriffs vom Januar 2014 zu Hospitalisationen in den psychiatrischen Kliniken F._____, G._____ und im H._____ gekommen. Heute berichte die Beschwerdeführerin zunehmend über eine Normalisierung der Wirbelsäulenfehlstellung mit aktuell wenig ausgeprägter Schmerzproblematik (S. 10).

3.3.2 Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 2. November 2023 (act. II 198) aus, die Beschwerdeführerin leide an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1) und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Aufgrund der PTBS leide sie unter regelmässigen Flashbacks, vermeide weitgehend soziale Kontakte ausserhalb ihres Zuhauses und lebe mit dauernder Anspannung. Diese Überanspannung entlade sich immer wieder in unkontrollierten impulsiven Wutanfällen. Es komme bei solchen Anfällen teilweise zu Selbstverletzungen. Bei bzw. nach einem solchen Anfall müsse sie sich zurückziehen, um die Anspannung unter Kontrolle zu bekommen, was ihr meist nur mit Medikation (Quetiapin 25mg) gelinge. Die Depression zeige sich mit folgender Symptomatik: anhaltend bedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit, Antriebshemmung, erhöhte Ermüdbarkeit, Interessellosigkeit, Konzentrationsstörungen, Insuffizienzgefühle, vermindertes Selbstwertgefühl, sozialer Rückzug, eingegengtes formales Denken, Grübeln/Gedankenkreisen und Suizidgedanken (S. 1). Aufgrund der PTBS und der Depression sei die Beschwerdeführerin momentan und auch in der kurz- bis mittelfristigen Zukunft für jede Tätigkeit zu 70 % arbeitsunfähig (S. 2).

3.3.3 Im Bericht der Spital J._____ AG, psychiatrische Dienste, vom 4. Dezember 2023 (act. II 213) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.09) und eine (komplexe) PTBS (ICD-10 F43.1) diagnostiziert. In den drei durchgeführten Terminen habe sich die Beschwerdeführerin wenig anpassungsfähig an Regeln und Routinen gezeigt. Zudem habe eine eingeschränkte Flexibilität, eine stark eingeschränkte Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, eine mangelnde Durchhaltefähigkeit und ein erhöhtes Konfliktverhalten bestanden (S. 3

Ziff. 2.5 und 2.7). Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit fehlen im Bericht (S. 5 Ziff. 4).

3.3.4 Dr. med. K. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 15. Januar 2024 (act. II 214) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine PTBS, einen Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie und ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (S. 5 Ziff. 2.5). Eine Arbeitsunfähigkeit habe er bisher nicht attestiert (S. 3 Ziff. 1.3). Die Beschwerdeführerin pflege aktuell ihren Ehemann mit Spitexunterstützung (S. 5 Ziff. 3.1). Eine Einschränkung bestehe in der bisherigen Tätigkeit nicht (S. 6 Ziff. 3.4) resp. die bisherige und eine angepasste Tätigkeit seien zu fünf bis acht Stunden pro Tag zumutbar (S. 8 Ziff. 4.1 f.).

3.3.5 Dr. med. I. _____ wiederholte im Bericht vom 28. Februar 2024 (act. II 220) die zuvor gestellten Diagnosen (S. 3 Ziff. 2.5). Aktuell lägen anhaltende Symptome von PTBS (Flashbacks, Vermeidung fremder Menschen, permanente überhöhte innere Anspannung) und einer Depression vor (S. 3 Ziff. 2.2). Hinsichtlich der PTBS lägen folgende Funktionseinschränkungen vor: Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit. Aufgrund dieser Einschränkungen bestünden eine grosse Unsicherheit, Ängste und Misstrauen in sozialen Kontakten sowie eine Störung der Emotionsregulation. Im Falle herausfordernder sozialer Situationen bestehe ein hohes Risiko, dass die Beschwerdeführerin rasch mit Gereiztheit, ausgeprägter Verunsicherung oder emotionalen Gefühlsausbrüchen reagiere. Hinsichtlich der Depression lägen folgende Funktionseinschränkungen vor: Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit. Aufgrund der bestehenden Konzentrationsstörungen sowie der erhöhten Ermüdbarkeit und des verminderten Antriebs sei die Beschwerdeführerin deutlich eingeschränkt. Es lägen eine tiefe Belastbarkeit und Stresstoleranz vor. Der verminderte Selbstwert, die gedrückte Stimmung sowie die Dünnhäutigkeit schränkten sie zudem in sozialen Kontakten ein. Die Beschwerdeführerin sei mit Konfliktsituationen überfordert

(S. 5 Ziff. 3.4). Eine leidensangepasste Tätigkeit sei zu ca. zwei Stunden täglich zumutbar. Aufgrund der schweren, komplexen und chronischen Krankheit sei eine Eingliederung unrealistisch (S. 6 Ziff. 4.2 f.).

3.3.6 Dr. med. D. _____ diagnostizierte im Gutachten vom 27. August 2024 (act. II 235.1) eine histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4), eine wahnhafte Störung (ICD-10 F 2.0), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0; S. 182). Es finde sich ein Blumenstrauß an Symptomen und Diagnosen in den Akten. Dieser Umstand spreche für das Vorhandensein einer histrionischen Persönlichkeitsstörung. Es fänden sich in den Akten mehrfach Hinweise auf eine dramatische Selbstdarstellung und ein theatralisches Auftreten mit einem übertriebenen Ausdruck von Gefühlen. Auch zeigten sich häufig ein oberflächlicher und labiler Affekt und eine demonstrative Beschwerdenpräsentation (S. 178). Die Diagnose der paranoiden Schizophrenie erscheine unwahrscheinlich, da die Angaben insgesamt inkonsistent seien. In den früheren Berichten fänden sich diesbezüglich keine Hinweise. Erst in einem Bericht von August 2014 tauche eine chronische paranoide Schizophrenie auf. Ich-Störungen und inhaltliche Denkstörungen (also wahnhafte Verarbeitungen) seien von der Beschwerdeführerin in der jetzigen gutachterlichen Untersuchung verneint worden. Ähnlich wie in den somatischen Berichten, in denen sich in den Akten immer wieder eine inkonsistente Beschwerdenpräsentation zeige, sei auch bezüglich der psychiatrischen Präsentation der Beschwerden von einer überzogenen, demonstrativen, histrionischen oder wie in der jetzigen gutachterlichen Untersuchung einer nicht authentischen Beschwerdenpräsentation auszugehen (S. 179). Es sei daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht ein kulturell unangemessener Wahn vorhanden. Insgesamt könne die Diagnose der paranoiden Schizophrenie nicht mit hinreichender Sicherheit gestellt werden (S. 180).

Weiterhin sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen. Die Beschwerdeführerin verspüre anhaltende Schmerzen. Psychische Faktoren spielten eine grosse Rolle beim Ausprägungsgrad und bei der Aufrechterhaltung der Schmerzen (S. 181). Ferner sei weiterhin von einer Somatisierungsstörung auszugehen. Es

zeigten sich multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome ohne pathologischen Befund. Diese Symptomatik bestehe schon seit vielen Jahren (S. 181). Ausreichende Hinweise auf eine PTBS hätten nicht gesehen werden können. Wohl habe die Beschwerdeführerin Traumata erlitten. Sie habe über Alpträume berichtet, die jedoch nicht von Erlebtem handelten. Ferner verspüre sie häufig die Gefühle von damaligen Situationen wieder, sie versuche sich dann abzulenken. In den Akten fänden sich zu wenig Hinweise, um die Diagnose einer PTBS zu stellen. Zu beachten sei in der jetzigen Untersuchung die nicht authentische Beschwerdenpräsentation, sodass die ICD-10-Kriterien für die PTBS nicht mit hinreichender Sicherheit als erfüllt angesehen werden könnten. Auch sei zu beachten, dass den Akten mehrfach zu entnehmen sei, dass nach den traumatischen Erlebnissen ein Leistungsbegehren vermutet worden sei. Die Diagnose der PTBS könne daher im Rahmen des Gutachtens nicht mit hinreichender Sicherheit bestätigt werden (S. 181).

Im Vergleich zum psychiatrischen Gutachten vom 11. Mai 2020 (act. II 149.3) finde sich ein weitgehend unverändertes Funktionsniveau. Der im Gutachten beschriebene Tagesablauf entspreche im Wesentlichen dem jetzigen Tagesablauf. Die Hauptbeschäftigung des Tages bestehe in der Pflege des Ehemannes, weiterhin pflege sie den Garten und kümmere sich um die Hunde. Die Beschwerdeführerin führe den Haushalt, koche das Mittagessen, erledige die Einkäufe, koche erneut das Abendessen oder wärme dieses auf. Anschliessend erledige sie administrative Arbeiten. Auch sei die Beschwerdeführerin in der Lage gewesen, im Jahr 2024 die Ausbildung als Pflegeassistentin zu absolvieren. Es sei daher davon auszugehen, dass seit dem Gutachten vom 11. Mai 2020 keine wesentliche Veränderung der Arbeitsfähigkeit eingetreten sei, dass weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten und in einer theoretisch den Beschwerden angepassten Tätigkeit bestehe (S. 182).

3.3.7 Dr. med. I. _____ hielt im – im Rahmen des Vorbescheidverfahren erstellten – Bericht vom 22. Oktober 2024 (act. II 240 S. 2 ff.) fest, neben der nach wie vor bestehenden Depression mit den entsprechenden Beschwerden (anhaltend bedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit, Antriebshemmung, erhöhte Ermüdbarkeit, Interesselosigkeit, Konzentrationsstörun-

gen, Insuffizienzgefühle, vermindertes Selbstwertgefühl, sozialer Rückzug, eingegengtes formales Denken, Grübeln/Gedankenkreisen und Suizidgedanken) bestehe eine psychische Störung in Folge wiederholter Traumatisierungen. Allerdings seien die Beschwerden mit der Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) nach ICD-11 (6B40) besser einzuordnen. Die kPTBS zeige sich bei der Beschwerdeführerin in regelmässigen Flashbacks eines tätlichen Angriffs, welchen sie 2014 erlitten habe. Sie vermeide wegen der damit zusammenhängenden sozialen Ängste weitgehend soziale Kontakte ausserhalb ihres Zuhauses und leide, wenn sie gezwungenermassen unter Menschen sei (z.B. beim Einkaufen), unter einem permanenten Bedrohungsgefühl. Zudem lebe die Beschwerdeführerin in einer andauernden, überhöhten inneren Anspannung und Reizbarkeit, welche sich regelmässig in unkontrollierten impulsiven Wutanfällen entlade (S. 2). Im Verlauf der inzwischen seit einem Jahr dauernden Behandlung sei zudem der Verdacht entstanden, dass die Beschwerdeführerin an einer bisher nicht diagnostizierten Autismus Spektrum Störung (ASS) leiden könnte (S. 3). Aufgrund der kPTBS, der Depression und der möglicherweise vorhandenen ASS sei die Beschwerdeführerin weiterhin und auch in der kurz- bis mittelfristigen Zukunft für jede Tätigkeit zu 70 % arbeitsunfähig. Abschliessend hielt Dr. med. I. _____ fest, es bestünden zu viele diagnostische Unklarheiten (Verdacht auf ASS, PTBS) um zu einem abschliessenden Urteil hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit zu kommen. Die jahrzehntelange Leidensgeschichte mit unvergleichlich zahlreichen ambulanten und stationären Behandlungen auf eine Dramatisierungstendenz zurückzuführen, sei ein sehr hartes Urteil, welches dem Leiden der Beschwerdeführerin nicht gerecht werde (S. 3 f.).

3.3.8 Auf Ersuchen der Beschwerdegegnerin nahm Dr. med. D. _____ am 30. November 2024 namentlich zum Bericht von Dr. med. I. _____ vom 22. Oktober 2024 Stellung (act. II 244). Die geschilderte depressive Symptomatik habe in der gutachterlichen Untersuchung nicht festgestellt werden können. Auch sei die Beschwerdeführerin in der Lage gewesen, am Untersuchungstag vier Stunden mit dem Auto zu fahren und drei Stunden an der anspruchsvollen Untersuchung teilzunehmen, was gegen eine höhergradige depressive Symptomatik spreche (S. 1). Bezüglich der diagnostizierten PTBS hielt der Gutachter fest, gestützt auf die Akten sei eher

von einer tiefgreifenden Kränkung mit der Folge einer Verbitterung durch das Ereignis im Januar 2014 im Fitnessstudio als von einer Traumatisierung gemäss ICD-10/ICD-11 auszugehen (S. 3). Weiter stelle Dr. med. I. _____ den Verdacht auf eine bisher nicht diagnostizierte ASS. Hierzu hätten sich in der gutachterlichen Untersuchung und auch in den früheren Gutachten keine Hinweise gefunden. Es bestehe eine dokumentierte Krankengeschichte seit rund 20 Jahren, ohne dass sich Auffälligkeiten bezüglich einer ASS fänden. Eine solche sei daher eher unwahrscheinlich (S. 3). Abschliessend hielt Dr. med. D. _____ an der Beurteilung im Gutachten fest (S. 4).

3.3.9 Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in der – im Beschwerdeverfahren eingereichten – ärztlichen Bescheinigung vom 20. März 2025 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 7) aus, er habe heute eine orthopädische Behandlung bei der Beschwerdeführerin begonnen. Der Gesamteindruck spreche für einen Anspruch auf eine volle IV-Rente. Dies ergebe sich aus der orthopädischen Symptomatik, einschliesslich einer chronischen, nachvollziehbaren Schmerzproblematik, sowie aus psychiatrischen Beschwerden. Insbesondere die mehrfach gescheiterten Versuche, eine Tätigkeit als Büroangestellte aufrechtzuerhalten, unterstreiche die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit.

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

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 medizi-

nischen 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, 8C_260/2020 E. 2.2).

3.5

3.5.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung massgeblich auf das Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 27. August 2024 (act. II 235.1) – samt der Stellungnahme vom 30. November 2024 (act. II 244) – gestützt. Dieses Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen und überzeugt. Die Beurteilung basiert auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. E. 3.4 hiervor). Ferner hat der Gutachter in seiner Stellungnahme vom 30. November 2024 (act. II 244) einlässlich und überzeugend zur Kritik des behandelnden Psychiaters Dr. med. I. _____ Stellung genommen. Auf das Gutachten samt Stellungnahmen ist somit abzustellen. Dr. med. D. _____ hat ausführlich begründet, dass die Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einer histrionischen Persönlichkeitsstörung, einer wahnhaften Störung, einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und einer Somatisierungsstörung leidet (act. II 235.1 S. 182). Hinsichtlich der aus

revisionsrechtlicher Sicht zu prüfenden Frage, ob seit der rentenabweisenden Verfügung vom 5. Februar 2021 (act. II 170) eine wesentliche Veränderung eingetreten ist, geht aus dem Gutachten klar hervor, dass sich der Gesundheitszustand aus psychiatrischer Sicht nicht massgebend verändert hat. Dr. med. D._____ stellte im Vergleich zum psychiatrischen (Teil-) Gutachten vom 11. Mai 2020 (act. II 149.3) – auf welches die Verfügung vom 5. Februar 2021 beruhte – ein weitgehend unverändertes Funktionsniveau fest und kam deshalb überzeugend zum Schluss, dass keine wesentliche Veränderung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist und dass weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit besteht (S. 182). Dass Dr. med. D._____ neu eine histrionische Persönlichkeitsstörung und eine wahnhaftige Störung diagnostiziert hat (S. 182), ändert vorliegend nichts. Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 83, 9C_357/2019 E. 3). Dies ist hier nicht der Fall, zumal der Gutachter – wie bereits darlegt wurde – schlüssig begründet hat, dass keine wesentliche Veränderung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist (S. 182). Diesbezüglich ist hervorzuheben, dass Dr. med. D._____ einlässlich dargelegt hat, dass sich während der Untersuchung eine nicht authentische Beschwerdenpräsentation zeigte und die Beschwerdevalidierung den Nachweis einer ungültigen Beschwerdenangabe ergab (act. II 235.1 S. 176 f.). Bereits anlässlich der Begutachtung in der C._____ wurde eine Beschwerdebetonung resp. gar Aggravation festgestellt (act. II 149.1 S. 5 Ziff. 4.1).

Am Beweiswert des Gutachtens ändert nichts, dass Dr. med. I._____ in den Berichten vom 2. November 2023 (act. II 198) und 28. Februar 2024 (act. II 220) aufgrund einer seines Erachtens bestehenden PTBS und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine 70 %ige Arbeitsunfähigkeit resp. eine Arbeitsfähigkeit von zwei Stunden pro Tag attestiert hat (act. II 198 S. 1 f., 220 S. 3 Ziff. 2.5 und S. 6 Ziff. 4.2 f.). Denn die besagten Berichte enthalten weder im Gutachten nicht gewürdigte Aspekte (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3) noch sind sie plausibel begrün-

det. Sie sind nicht geeignet Zweifel an den früheren wie aktuellen Gutachten zu wecken. In den besagten Berichten wurde denn auch nicht ansatzweise begründet, warum die Beschwerdeführerin (auch in einer eventuell angepassten Tätigkeit) zu 70 % arbeitsunfähig sein soll. Dagegen hat sich Dr. med. D. _____ mit der vom behandelnden Psychiater postulierten PTBS einlässlich auseinandergesetzt und unter Erläuterung der diagnostischen Kriterien nachvollziehbar begründet, warum die besagte Diagnose nicht gestellt werden kann. Dabei legte er dar, dass die Beschwerdeführerin zwar unter Albträumen leide, diese jedoch nicht vom Erlebten handeln würden. Zudem bemängelte der Gutachter zu Recht, dass in den Berichten von Dr. med. I. _____ nicht Bezug genommen wird auf das (auslösende) Trauma. Wobei ein solches im Übrigen nicht aktenkundig ist und insbesondere der Vorfall vom 14. Januar 2014 kein massgebliches Ereignis darstellt (vgl. das Urteil vom heutigen Tag UV 200 2024 116 E. 3.3.2). Ferner wies Dr. med. D. _____ auf die nicht authentische Beschwerdenpräsentation und das nach dem Ereignis vom Januar 2014 vermutete Leistungsbegehren hin (act. II 235.1 S. 173 und S. 181). Hinsichtlich der von Dr. med. I. _____ diagnostizierten mittelgradigen depressiven Störung führte Dr. med. D. _____ in seiner Stellungnahme vom 20. November 2024 nachvollziehbar aus, dass sich anlässlich der Begutachtung keine depressive Symptomatik gezeigt habe. Dagegen spreche auch der Umstand, dass die Beschwerdeführerin in der Lage gewesen sei, am Untersuchungstag vier Stunden Auto zu fahren und drei Stunden an der Untersuchung teilzunehmen (act. II 244 S. 1). Dies überzeugt. Dabei ist auch zu beachten, dass das Gericht anlässlich seiner Beurteilung vom 20. Januar 2017 (IV 200 2016 468) die Sache zur Beurteilung der Fahrfähigkeit an das Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamt (SVSA) überweisen musste, nachdem die Beschwerdeführerin sich damals gegenüber den behandelnden Ärztinnen wiederholt aggressiv und autoaggressiv geäussert hatte und mit schweren Verletzungen anderer, allenfalls auch unter Benützung eines Motorfahrzeuges, geäussert hatte. Diese haben offenbar zu keinem Entzug des Führerausweises geführt. Schliesslich ist nach der Rechtsprechung ein Administrativgutachten nicht stets in Frage zu stellen, bloss weil es zu anderen Einschätzungen als die behandelnden Ärzte gelangt. Vorbehalten bleiben Fälle, in welchen sich eine klärende Ergänzung oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige, nicht

rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen (Entscheid des BGer vom 21. April 2020, 8C_147/2020, E. 3.2). Solche Aspekte werden von Dr. med. I. _____ jedoch nicht genannt und sind auch anderweitig nicht ersichtlich. Dass Dr. med. I. _____ im Bericht vom 22. Oktober 2024 die Frage aufgeworfen hat, ob bei der Beschwerdeführerin allenfalls eine ASS vorliegen könnte (act. II 240 S. 3), ändert vorliegend ebenfalls nichts. Dr. med. D. _____ hat sich in seiner Stellungnahme vom 30. November 2024 einlässlich mit dem Bestehen einer ASS auseinandergesetzt und schlüssig dargelegt, dass sich weder in seiner Untersuchung noch in den umfangreichen Akten Hinweise bezüglich einer ASS, die letztlich seit der Geburt bestanden hätten, fänden, weshalb eine solche nicht gegeben sei (act. II 244 S. 3). Nach dem Dargelegten ist aufgrund der Berichte von Dr. med. I. _____, insbesondere demjenigen vom 22. Oktober 2024 (act. II 240 S. 2 ff.), – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. S. 1 f.) – keine Verschlechterung des (psychischen) Gesundheitszustandes belegt. Im Übrigen vermag auch der von der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 2) erwähnte Bericht von Dr. med. M. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Februar 2017 (act. I 3) keine seit der Verfügung vom 5. Februar 2021 (act. II 170) eingetretene Verschlechterung zu belegen, zumal dieser rund vier Jahre vor der besagten Verfügung erstellt wurde.

Soweit im Bericht der Spital J. _____ AG vom 4. Dezember 2023 (act. II 213) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine paranoide Schizophrenie und eine PTBS diagnostiziert worden ist (S. 3 Ziff. 2.5), ändert dies vorliegend ebenfalls nichts. Dr. med. D. _____ hat sich mit den erwähnten Diagnosen auseinandergesetzt und schlüssig dargelegt, warum diese nicht erhoben werden können. Bezüglich der paranoiden Schizophrenie wies er namentlich auf die inkonsistenten Angaben hin (act. II 235.1 S. 180). Darüber hinaus wurde bereits im Urteil IV 200 2021 200 vom 14. September 2021 die Frage nach dem Vorliegen einer schizophrenen Störung diskutiert und deren Vorliegen verneint (act. II 178 S. 15 E. 3.6.2), was vom Bundesgericht bestätigt wurde und woran sich nichts geändert hat (act. II 185 S. 6 Ziff. 3.3).

3.5.2 In somatischer Hinsicht ist eine wesentliche Veränderung seit der rentenabweisenden Verfügung vom 5. Februar 2021 (act. II 170) ebenfalls nicht ausgewiesen. Die körperlichen Symptome namentlich an der Wirbelsäule wurden bereits mehrfach abgeklärt und in den bisherigen Beurteilungen – namentlich in derjenigen von den Gutachtern der C._____ – berücksichtigt (vgl. act. II 149.1). Zudem gab die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. med. E._____ an, dass es zunehmend zu einer Normalisierung der Wirbelsäulenfehlstellung mit aktuell wenig ausgeprägter Schmerzproblematik gekommen sei (act. II 212 S. 10).

Der Hausarzt Dr. med. K._____ stellte im Bericht vom 15. Januar 2024 hauptsächlich (fachfremde) psychiatrische Diagnosen (act. II 214 S. 5 Ziff. 2.5), weshalb seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung (S. 6 Ziff. 3.4 und S. 8 Ziff. 4.1 f.) bereits aus diesem Grund jeglicher Beweiswert abzuerkennen ist. Welche Beschwerden die Arbeitsfähigkeit verunmöglichen sollen und aus welchem Grund, legte er zudem im erwähnten Bericht auch nicht einmal im Ansatz dar.

Dass Dr. med. L._____ im Bericht vom 20. März 2025 (act. I 7) aufgrund des Gesamteindrucks der Beschwerdeführerin advokatorisch für eine volle IV-Rente plädiert, ändert ebenfalls nichts. Diese Aussage basiert auf den subjektiven Schmerzbekundungen der Beschwerdeführerin, ohne dass dieser Arzt offenbar Kenntnis von den umfangreichen medizinischen Akten gehabt hätte, selbst Befunde vorgelegt hätte und diese unter Berücksichtigung früherer Berichte diskutiert hätte.

3.5.3 Nach dem Dargelegten ist der medizinische Sachverhalt gestützt auf die vorliegenden Akten – entgegen der Ansicht von Dr. med. I._____ (act. II 240 S. 2) – hinreichend erstellt, weshalb keine weiteren Beweismassnahmen nötig sind (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; in BGE 151 III 28 nicht publ. E. 5.2 des Urteils des BGer 9C_298/2024 vom 14. August 2024; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4).

3.6 Auch aus erwerblicher Sicht hat sich gemäss Aktenlage im hier massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiavor) nichts Entscheidendes geändert. Entsprechendes wird denn auch nicht geltend gemacht.

3.7 Da kein Revisionsgrund vorliegend, erübrigt sich im Übrigen im Zusammenhang mit der von Dr. med. D. _____ erhobenen psychiatrischen Diagnosen (histrionische Persönlichkeitsstörung, wahnhafte Störung, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Somatisierungsstörung; act. II 235.1 S. 182) die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (Urteile des BGer 8C_295/2021 vom 9. August 2021 E. 7, 8C_719/2020 vom 7. April 2021 E. 7.2.2, 8C_539/2020 vom 3. November 2020 E. 6.2.3).

3.8 Somit ist erstellt, dass weder eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes noch der erwerblichen Situation eingetreten ist. Die Beschwerdeführerin hat folglich weiterhin keinen Anspruch auf Leistungen der IV. Die angefochtene Verfügung vom 6. Januar 2025 (act. II 245) ist nach dem Dargelegten nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

4.2 Vorliegend 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):
 - A. _____
 - 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.