

IV 200 2024 677
MAK/NUS/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. Juni 2026

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Nussbaumer

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 3. September 2024



Sachverhalt:

A.

Die 1968 geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im August 2019 unter Hinweis auf massive Probleme und Schmerzen der Gelenke/Hände, Schultern, Knie, Füsse, des Rückens und des Hüftgelenks bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Mit Vorbescheid vom 29. November 2019 (act. II 44) stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels invalidisierenden Charakters der geltend gemachten Beschwerden in Aussicht. Am 24. Januar 2020 (act. II 48) verfügte sie wie angekündigt. Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Nach vorgängiger Anmeldung zur Früherfassung (act. II 49) meldete sich die Versicherte im April 2022 unter Hinweis auf eine Covid-19-Infektion, Kreislaufbeschwerden, Magen-Darm-Beschwerden, Schwindel, Konzentrationsschwierigkeiten, starke Kopfschmerzen und enorme Müdigkeit erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 54). Daraufhin tätigte die IVB wiederum medizinische und berufliche Abklärungen. Mit Mitteilung vom 18. Oktober 2022 (act. II 92) hielt sie fest, Eingliederungsmassnahmen seien nicht möglich, es werde der Anspruch auf eine IV-Rente geprüft. Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 103) holte die IVB bei der C._____ AG (nachfolgend MEDAS) ein interdisziplinäres Gutachten vom 25. September 2023 ein (act. II 157.1 ff.). Mit Vorbescheid vom 2. Oktober 2023 (act. II 162) stellte sie bei einem ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 7 % die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Einwände (act. II 173 f., 177). In der Folge holte die IVB bei der MEDAS eine Stellungnahme vom 24. Januar 2024 ein (act. II 181). Mit Vorbescheid vom 26. Februar 2024 (act. II 183) stellte sie bei einem IV-Grad von 7 % (bis zum 31. Dezember 2023) und von 15 % (ab dem 1. Ja-

nuar 2024) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Auf Einwand hin (act. II 184, 186 f.) holte die IVB beim RAD Stellungnahmen vom 30. August und vom 3. September 2024 ein (act. II 198 f., 201). Am 3. September 2024 (act. II 200) verfügte sie wie angekündigt.

C.

Dagegen erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 3. Oktober 2024 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 3. September 2024 sei aufzuheben.
2. Die Sache sei durch die Beschwerdegegnerin erneut zu beurteilen.
3. Es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Mit Beschwerdeantwort vom 4. November 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 7. Februar 2025 reichte die Beschwerdeführerin einen medizinischen Bericht zu den Akten (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3).

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 3. September 2024 (act. II 200). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente, hat die Beschwerdegegnerin doch allein darüber verfügt.

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). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Be-

fundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). 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 höchstgerichtlicher 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 151 V 66 E. 5.4 S. 70, 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

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).

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

2.4 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 Neuankmeldung 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; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 3.2, nicht publ. in: BGE 151 V 66, aber in: SVR 2025 IV Nr. 16 S. 59).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuankmelungsverfahren – 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).

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. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

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).

3.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom April 2022 (act. II 54) eingetreten und hat über den Leistungsanspruch materiell befunden, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch, wobei zunächst zu beurteilen ist, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 24. Januar 2020 (act. II 48) sowie der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 3. September 2024 (act. II 200) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen. Ob eine massgebliche Änderung seit Erlass der Verfügung vom 24. Januar 2020 (act. II 48) eingetreten ist, was grundsätzlich fraglich erscheint, braucht hier nicht abschliessend geklärt zu werden, weil sich auch bei freier Prüfung am Fehlen eines Rentenanspruchs nichts ändert.

3.1 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten – soweit entscheidungswesentlich – Folgendes entnehmen:

3.1.1 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des polydisziplinären MEDAS-Gutachtens vom 25. September 2023 (act. II 157.1 ff.) führten die Gutachter keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (act. II 157.1/5 Ziff. 4.3).

Folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden festgehalten (S. 5 Ziff. 4.3):

1. Rhizarthrose beidseits, Status nach Implantation CMC-I-Prothese am 3. Mai 2022 links ohne Funktionseinschränkung (ICD-10 M18.9)
2. Gonarthrose links mit geringer medialer Aufklappbarkeit ohne Bewegungseinschränkung (ICD-10 M17.9)
3. Status nach Hemikolektomie bei Divertikulitis 2014 (ICD-10 K57.9)
4. Status nach Hemithyreoidektomie links 2000 (ICD-10 E89.9)
5. Status nach Melanomexzision Oberschenkel links 2009 (ICD-10 C43.7)

Der neurologische Gutachter Dr. med. D._____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Teilgutachten vom 13. September 2023 (act. II 157.1/19 ff.) aus, die Beschwerdeführerin sei im Februar 2022 an Covid-19 erkrankt. Hinweise für neurologische Folgeerkrankungen fänden sich nicht. Die vorgetragenen mannigfaltigen Beschwerden seien nicht systematisierbar. Die Kopfschmerz- und Schwindelsymptomatik sei neurologisch nicht erklärbar. Die von ihr beschriebene diskrete Sensibilitätsstörung und Kraftminderung im linken Bein sei ebenfalls neuroanatomisch/neurophysiologisch nicht erklärbar, funktionelle Auswirkungen habe sie ohnehin nicht. Zusammenfassend sei eine neurologische Diagnose nicht feststellbar und die Arbeitsfähigkeit betrage 100 % (S. 26 Ziff. 6.3).

Im orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten (act. II 157.2) führte Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, insgesamt bestünden auf orthopädischem Fachgebiet keinerlei Diagnosen oder Funktionseinschränkungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, die aus orthopädischer Sicht bereits als ideal adaptierte Tätigkeit anzusehen sei (S. 8 Ziff. 6.3). Es habe durchgehend eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestanden, unterbrochen von einer postoperativen Rekonvaleszenzphase von drei Monaten nach Implantation der Daumenprothese am 3. Mai 2022 (S. 10 Ziff. 8).

Dipl. Arzt F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Teilgutachten vom 12. September 2023 (act. II 157.4) aus, die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden und das Verhalten seien nicht gänzlich konsistent und in Bezug auf die Alltagsaktivitäten und die aktuell durchgeführte Untersuchung auch nicht nachvollziehbar. Ein Beschwerdevalidierungsverfahren habe praktisch einen sicheren Nachweis

einer ungünstigen Beschwerdeangabe geliefert (S. 10 Ziff. 6.2). Mit nur eher leicht deprimierter Stimmung und fehlendem Interessenverlust seien bei vorliegender rascherer Erschöpfung, welche aber grundsätzlich somatisch bedingt sein könnte, die Grundkriterien einer depressiven Episode nicht erfüllt. Somit müsse von einer fast vollständigen Remission der aktenkundigen schweren depressiven Episode ausgegangen werden. Panikattacken seien nicht berichtet worden, eher spezifische Ängste bezüglich enger Räume und Dunkelheit. Hier seien die Kriterien gemäss ICD-10 grundsätzlich erfüllt. Von der Beschwerdeführerin seien schwere kognitive Defizite sowie eine schwere Minderung der psychischen Resilienz beklagt worden, welche sich aber nur teilweise in der Untersuchung präsentiert hätten. Gemäss dem Kriterienkatalog zur Diagnose einer vorgetäuschten neurokognitiven Einschränkung nach SLICK ET AL. (1999) sei festzuhalten, dass mit Rentenbegehren, dem Nachweis einer unauthentischen Beschwerdeschilderung in der neuropsychologischen Untersuchung, einem praktisch sicheren Nachweis einer unauthentischen Beschwerdeschilderung in der psychiatrischen Untersuchung und fehlender vollständiger psychischer Erklärungsmodelle alle Kriterien vorlägen, so dass eine vorgetäuschte neurokognitive Störung angenommen werde. Durch die neuropsychologischen sowie psychiatrischen Untersuchungsergebnisse könnten Diagnosen und Einschränkungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zwar nicht endgültig ausgeschlossen werden, aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund des praktischen Nachweises einer unauthentischen Beschwerdeschilderung aber keine psychiatrische Diagnose sicher vergeben werden (S. 11 Ziff. 6.3). Aufgrund der aktuellen Ergebnisse sei keine valide Bewertung möglich, anzunehmen sei daher eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 13 Ziff. 8).

PD Dr. med. univ. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie-Diabetologie und Kardiologie, führte im internistischen Teilgutachten (act. II 157.5) aus, es fänden sich keine Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es zeige sich aktuell kein internistisches Krankheitsbild, mit dem die Symptomatik der Erschöpfung, fehlenden Leistungsfähigkeit usw. erklärt werden könne. Bezüglich der Diarrhoen habe die Beschwerdeführerin über ein stabiles Zustandsbild berichtet, Einlagen müssten keine getragen werden. Insgesamt könne eine kardiale oder pulmonale

Ursache der Leistungsminderung weiterhin als sehr unwahrscheinlich erachtet werden (S. 8 Ziff. 6.3). Die Arbeitsfähigkeit betrage sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit 100 % (S. 9 Ziff. 8).

Der neuropsychologische Gutachter Dr. phil. H._____, Fachpsychologe für Psychotherapie und Neuropsychologie FSP, führte in seiner Beurteilung (act. II 157.6) aus, es ergäben sich Auffälligkeiten, die klar auf negative Antwortverzerrung hinweisen würden. Die erbrachten Leistungen stimmten überwiegend wahrscheinlich nicht mit dem eigentlichen Leistungspotenzial überein. Hinweise auf suboptimales Leistungsverhalten ergäben sich aus Resultaten in durchgeführten Beschwerdevalidierungsverfahren und Diskrepanzen zwischen Testleistungen und bekannten Mustern von Hirnleistungen und Hirnleistungsstörungen (S. 8). Es ergäben sich in der Untersuchung keine Hinweise auf Beschwerden, welche die beschriebenen Auffälligkeiten erklären könnten. Unter Berücksichtigung der diskutierten Befunde erachte er die Kriterien für das wahrscheinliche Vorliegen von suboptimalem Leistungsverhalten entsprechend den Kriterien von SLICK ET AL. (1999) als erfüllt. Es liege überwiegend wahrscheinlich eine negative Antwortverzerrung vor. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit könne gesagt werden, dass in der neuropsychologischen Untersuchung unterdurchschnittliche Leistungen zu beobachten gewesen seien. Aufgrund der Konfundierung von Begabung und Anstrengung bei den Leistungstests und des überwiegend wahrscheinlich suboptimalen Leistungsverhaltens sei eine zuverlässige Interpretation der erbrachten Resultate nicht möglich. Das Ausmass von möglicherweise tatsächlich vorliegenden Einschränkungen lasse sich daher nicht festlegen. Da eine zuverlässige Interpretation der Befunde nicht möglich sei, seien keine Befunde objektivierbar und reproduzierbar, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit valide begründen könnten (S. 9 f.).

3.1.2 In dem als "Einsprache - Arztbericht für berufliche Integration/Rente" bezeichneten Bericht der psychiatrischen Dienste der Spital I._____ AG vom 9. November 2023 (act. II 177/4 ff.) wird ausgeführt, die Validität der im Gutachten durchgeführten Validierungstestdiagnostik sei laut diversen Arbeiten, darunter auch der Inauguraldissertation von Dr. phil. Andrea Plohm, Fachpsychologin für Neuropsychologie und Psychotherapie FSP (vgl. ANDREA PLOHMANN, Bedeutung neuropsychologischer Be-

schwerdenuvalidierung für die Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit in der versicherungsmedizinischen Begutachtung, Inauguraldissertation 2017, S. 36 f. [act. II 177/44 f.]), aufgrund der Wahrscheinlichkeit von Aggravation der nicht-authentischen Befunde bei somatoformen sowie depressiven Störungen anzuzweifeln. Damit sei eine Objektivierung von validen Aussagen durch die Validierungstests sehr schwierig und werde im Fall der Beschwerdeführerin angezweifelt.

3.1.3 In der Stellungnahme der MEDAS vom 24. Januar 2024 (act. II 181) führte der psychiatrische Gutachter aus, die Argumentation der Beschwerdeführerin stütze sich darauf, dass das Ergebnis der Validierungsdiagnostik bei depressiven und somatoformen Störungen anzuzweifeln sei. Wie ausführlich unter Ziff. 6.3 des psychiatrischen Teilgutachtens diskutiert worden sei, habe zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung keine depressive Episode gemäss ICD-10 bestanden. Auch habe keine Störung aus dem ICD-10 Kapitel "somatoforme Schmerzstörungen" diagnostiziert werden können. Zudem sei hinsichtlich der beklagten kognitiven Einschränkungen sogar eine kritische Auseinandersetzung mit dem Kriterienkatalog nach SLICK ET AL. (1999) erfolgt. Erwähnenswert sei auch der Umstand, dass sowohl in der neuropsychologischen wie auch in der psychiatrischen Untersuchung unabhängig voneinander jeweils hoch auffällige Befunde in den unterschiedlichen Validierungstests zutage getreten seien. In der psychiatrischen Untersuchung seien derart viele Pseudobeschwerden angegeben worden, dass sogar der sehr strenge Grenzwert überschritten worden sei, was praktisch einen sicheren Nachweis einer ungültigen Beschwerdeangabe bedeute. Die Wahrscheinlichkeit eines falsch-positiven Ergebnisses sei dabei äusserst gering.

Gemäss dem neuropsychologischen Gutachter sei keine erneute Begutachtung erforderlich. Es werde nicht einmal ein spezifisches Argument angeführt, welches gegen den Einsatz von Beschwerdevalidierungsverfahren bei Personen mit depressiven oder somatoformen Störungen spräche, auf das hätte Bezug genommen werden können. Sollte die Beschwerdeführerin von der Annahme ausgehen, die auffälligen Testergebnisse in den Beschwerdevalidierungsverfahren seien in ihrem Falle durch eine psychische Störung zu erklären, sei festzustellen, dass ein volitionaler Anteil am Zu-

standekommen überwiegend wahrscheinlich anzunehmen sei. Auch bei medizinisch nicht erklärbaren Symptomen (beispielsweise einer Somatisierungsstörung) sei eine Mitwirkung an einer medizinischen Untersuchung möglich. Ein gänzlich unbeabsichtigtes Zustandekommen der Auffälligkeiten sei nicht anzunehmen. Sollte die Beschwerdeführerin argumentieren wollen, der Einsatz von Beschwerdevalidierungsverfahren bei Personen mit einer Depression oder einer Somatisierungsstörung sei generell nicht statthaft, wäre anzumerken, dass sich im vorliegenden Fall die Hinweise auf suboptimales Leistungsverhalten nicht nur aus den Ergebnissen der Beschwerdevalidierungsverfahren ergäben.

3.1.4 M. Sc. J. _____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, führte in ihrem Bericht vom 12. April 2024 (act. II 189/3 ff.) folgende Diagnosen auf:

- Verdacht auf komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS; ICD-10 F43.9 bzw. ICD-11 6B41)
- Verdacht auf Long-Covid-Syndrom
- Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, teilremittiert (ICD-10 F32.2)

Aus fachspezifischer Sicht bestehe in Anbetracht der vorliegenden psychischen Symptomatik zum aktuellen Zeitpunkt und während weiteren vier Wochen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Prognostisch sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit in den nächsten drei Monaten nicht wiederhergestellt werden könne.

Die auffälligen Befunde der neuropsychologischen Testung im MEDAS-Gutachten seien bewusst in die vorliegende Anamneseerhebung und die diagnostische Beurteilung miteinbezogen worden. Es zeigten sich deutliche Hinweise darauf, dass sich die Beschwerdeführerin während der meisten Zeit der neuropsychologischen Testung in dissoziiertem Zustand befunden habe. Ein dissoziierter Zustand könne eindeutig dazu führen, dass die Funktionsfähigkeit massiv tief ausfalle, so wie es sich in gewissen Werten der neuropsychologischen Testung gezeigt habe. Demzufolge seien die Befunde der durchgeführten neuropsychologischen Testung mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht aussagekräftig. In Anbetracht dieser neuen Erkenntnisse müsse eine zweite neuropsychologische Testung durchgeführt werden. Dies, um festzustellen, ob die Auffälligkeiten der Befunde falsifi-

ziert werden könnten, wenn durch fachspezifische Unterstützung gewährleistet werde, dass sich die Beschwerdeführerin während der Testung nicht in dissoziiertem Zustand befinde.

Die Widersprüchlichkeiten zwischen gewissen erhobenen Befunden und den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin über ihre Einschränkungen seien darauf zurückzuführen, dass es ihr aufgrund der vermuteten kPTBS-Symptomatik stark erschwert sei, ihre Gedanken, Gefühle, Bedürfnisse und Grenzen verbal sowie auch nonverbal adäquat ausdrücken zu können. Dies wirke sich typischerweise in beide Richtungen aus, d.h. gewisse Symptome würden zu wenig, kaum oder gar nicht kommuniziert, andere aufgrund des insgesamt sehr hohen Leidensdrucks übermässig stark. Gerade deshalb sei eine valide neuropsychologische Testung notwendig, um die bestehenden Einschränkungen objektivieren zu können.

3.1.5 In der RAD-Stellungnahme von Dr. med. K._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 30. August 2024 (act. II 198) werden die Ausführungen von Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie von Dr. phil. M._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, in den RAD-Aktennotizen vom 30. August und vom 3. September 2024 (act. II 199, 201) wiedergegeben.

Dr. med. L._____ führte in der RAD-Aktennotiz vom 30. August 2024 (act. II 199) aus, es würden aus psychiatrischer Sicht keine neuen Sachverhalte vorgebracht, die eine Änderung der im MEDAS-Gutachten dargelegten Ausführungen bedingen würden.

In der RAD-Aktennotiz vom 3. September 2024 (act. II 201) hielt Dr. phil. M._____ unter Verweis auf eine entsprechende Publikation fest, Kyle Brauer Boone, eine der international führenden Expertinnen auf dem Gebiet der Beschwerde- und Performanzvalidierung (BV/PV), habe sich zur Frage geäußert, unter welchen Umständen eine nicht bestandene BV/PV nicht aussagekräftig sein bzw. zu falsch positiven Ergebnissen führen könne. Dabei sei sie zum Schluss gekommen, dass einzig bei Personen mit einer sehr tiefen Intelligenz oder einer Demenz ein relevantes Risiko einer falsch-positiven Klassifizierung bestünde. Ansonsten gäbe es keine etablierte empirische Evidenz, dass die Ergebnisse der BV/PV als unzutref-

fend disqualifiziert werden könnten. Insbesondere Störungen wie eine Depression, eine PTBS, Angst, Fatigue oder Schmerz usw. könnten eine nicht bestandene BV/PV nicht wegerklären. Die Spekulation der Psychotherapeutin M. Sc. J. _____, die Beschwerdeführerin habe sich während der Testung in einem dissoziierten Zustand befunden, erscheine sehr arbiträr und sei rein spekulativer Natur, was nicht zu überzeugen vermöge. Die im fraglichen neuropsychologischen Teilgutachten vorgenommene BV/PV sei methodisch korrekt durchgeführt worden und überzeuge in ihren Schlussfolgerungen; es könne darauf abgestellt werden. Aus neuropsychologischer Sicht bestehe keine fachliche Basis für eine erneute Begutachtung.

3.2

3.2.1 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).

3.2.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersu-

chungen 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 151 V 244 E. 3.5 S. 248, 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). 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).

Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3).

3.2.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C_131/2021 E. 3.2).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 3. September 2024 (act. II 200) massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 25. September 2023 (act. II 157.1 ff.), die gutachterliche Stellungnahme vom 24. Januar 2024 (act. II 181) und in Ergänzung dazu auf die RAD-Stellungnahme von Dr. med. K._____ vom 30. August

2024 (act. II 198), welche die psychiatrische und neuropsychologische RAD-Aktennotizen vom 30. August und vom 3. September 2024 (act. II 199, 201) wiedergibt. Diese erfüllen die von der höchststrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten jeweiligen Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und überzeugen. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen – bezüglich des Gutachtens – auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter Einbezug von sämtlichen von der Gutachterstelle als relevant erachteten (vgl. dazu Art. 44 Abs. 1 lit. c i.V.m. Abs. 5 ATSG) medizinischen Fachdisziplinen (Neurologie [act. II 157.1/19 ff.], Orthopädie [act. II 157.2], Psychiatrie [act. II 157.4], Allgemeine Innere Medizin [act. II 157.5] und Neuropsychologie [act. II 157.6]) und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (act. II 157.1/1 ff.; vgl. dazu BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224), so dass darauf abgestellt werden kann.

3.3.1 Eine die subjektiv beschriebene Gedächtnisstörung, die Kopfschmerzen, die Müdigkeit, den Schwindel, die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung und die fehlende Belastbarkeit (act. II 157.1/21 Ziff. 3.2, 157.4/3 Ziff. 3.2, 157.5/3 Ziff. 3.1) erklärende somatische Diagnose wurde auf neurologischem, internistischem oder orthopädischem Gebiet weder von den Gutachtern noch von den behandelnden Ärzten gestellt. Auch für die Diarrhoe sowie die Urge-Symptomatik fanden die behandelnden Ärzte keine somatischen Befunde, welche diese erklären könnten (Sprechstundenbericht der chirurgischen Klinik der Spital I. _____ AG vom 10. Januar 2023 [nachfolgend Spital I. _____ AG; act. II 101/20 f.], Sprechstundenbericht der Spital I. _____ AG vom 30. Januar 2023 [act. II 143/5 f.], Sprechstundenbericht der Spital I. _____ AG vom 27. April 2023 [act. II 143/7], Bericht des Zentrums N. _____ vom 4. Mai 2023 [act. II 143/3]). Diese Beschwerden wurden vielmehr im Rahmen des Verdachts auf ein Long-Covid-Syndrom respektive auf das im Verlauf dia-

agnostizierte chronische Fatigue-Syndrom (act. II 144/3 ff., Sprechstundenbericht des Spitals O._____, psychosomatische Medizin, vom 4. Juli 2024 [act. II 193/1 ff.]) gedeutet. Bei der Deutung der funktionellen und psychischen Beschwerden als Ausdruck eines "sensibilisierten zentralen und peripheren Nervensystems" und einer "zentralen Regulationsstörung" handelt es sich gemäss der nachvollziehbaren und überzeugenden Beurteilung des neurologischen Gutachters jedoch um eine äusserst theoretische Hypothese und um ein medizinisch nicht fundiertes Erklärungsmodell (act. II 157.1/26 Ziff. 6.2).

Das von den behandelnden Ärzten diagnostizierte chronische Fatigue-Syndrom wurde vom neurologischen Gutachter nicht bestätigt, vielmehr hielt dieser fest, es fänden sich derzeit keine Hinweise für neurologische Folgeerkrankungen nach der Infektion mit Covid-19 (act. II 157.1/26 Ziff. 6.3) und schloss – in Übereinstimmung mit dem behandelnden Neurologen Dr. med. P._____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 82/8 ff.) – eine neurologische Diagnose aus (vgl. act. II 157.1/26 Ziff. 6.3). Hinsichtlich des beschriebenen Long-Covid-Syndroms liegt nach dem Ausgeführten lediglich eine Verdachtsdiagnose vor, womit ein dahingehendes Krankheitsbild nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist (vgl. Urteil des BGer 8C_363/2023 vom 12. Januar 2024 E. 6.3.2).

Zur Kopfschmerz- und Schwindelsymptomatik führte der neurologische Gutachter schlüssig aus, diese sei nicht erklärbar (act. II 157.1/26 Ziff. 6.3). Die aktuelle Anamnese und neurologische Untersuchung liefere zudem keine Hinweise für die von den behandelnden Ärzten gestellte Diagnose einer (teilweise vestibulären) Migräne (Sprechstundenbericht der medizinischen Klinik der Spital I._____ AG vom 24. Juni 2022 [act. II 82/2 ff.]). So passten die Dauer, Auslöser und Phänomenologie gemäss dem neurologischen Gutachter überhaupt nicht zu dieser Diagnose (act. II 157.1/26 Ziff. 6.2). Überdies leidet die Beschwerdeführerin seit dem 17. Lebensjahr unter Kopfschmerzen (act. II 144/3 ff.) und in diesem Zusammenhang bestand und besteht keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit, weshalb unabhängig von der Diagnose diesbezüglich kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen ist. Auch auf internistischem Fachgebiet findet sich

kein Krankheitsbild, das die Symptomatik der Erschöpfung und die geklagte fehlende Leistungsfähigkeit erklären kann (act. II 157.5/8 Ziff. 6.3). In Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten (act. II 82/2 ff.) erachtete der internistische Gutachter eine kardiale und pulmonale Ursache der Leistungsminderung als eher unwahrscheinlich (act. II 157.5/7 Ziff. 6.2). Die auf orthopädischem Fachgebiet gestellten Diagnosen einer Rhizarthrose beidseits sowie einer Gonarthrose links haben, bis auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit während dreier Monate für die Rekonvaleszenzphase nach der Operation (act. II 157.2/10 Ziff. 8), keinerlei Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 157.2/8 f. Ziff. 6.3).

Bei Vorliegen einer Verdachtsdiagnose (Long-Covid-Syndrom) sowie Fehlen eines anderweitigen somatischen Gesundheitsschadens mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit entfällt denn auch die beschwerdeweise vorgebrachte Kontextualisierung des Long-Covid-Syndroms als Multisystem-Erkrankung, die medizinische Einordnung desselben sowie die Auseinandersetzung mit der Überlappung und gegenseitigen Verstärkung der Symptome des Long-Covid-Syndroms in den unterschiedlichen Fachbereichen (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. III Rz. 10). Auf somatischem Gebiet liegt somit kein überwiegend wahrscheinlich erstellter Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor.

3.3.2 In psychischer Hinsicht begründete der Gutachter dipl. Arzt F._____ nach Diskussion der Vorakten, gestützt auf die anlässlich der Untersuchung erhobenen psychiatrischen Befunde, die anamnestischen Angaben sowie nach Durchführung der Validierungsverfahren überzeugend und nachvollziehbar, weshalb keine psychiatrische Diagnose zu stellen ist (act. II 157.4/11 Ziff. 6.3). Zu dem von den behandelnden Ärzten erhobenen Einwand, das Ergebnis der Validierungsdiagnostik sei bei depressiven und somatoformen Störungen anzuzweifeln (act. II 177/4 ff.), nahmen die Gutachter Stellung und führten schlüssig aus, zum Gutachtenszeitpunkt habe keine depressive Episode bestanden und auch eine Störung aus dem ICD-10-Kapitel "somatoforme Störungen" habe nicht diagnostiziert werden können (act. II 181). Weiter sind die Ausführungen der behandelnden Psychotherapeutin M. Sc. J._____ (act. II 189/3 ff.) nicht geeignet, die fachärztliche Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähig-

keit zu entkräften. Dies ist grundsätzlich nur gestützt auf eine ebenfalls fachärztliche abweichende Beurteilung möglich (vgl. BGE 151 V 258 E. 4.3 S. 261), wobei M. Sc. J. _____ über keinen entsprechenden Facharzttitel verfügt (vgl. <<https://www.healthreg-public.admin.ch>>). Der von der behandelnden Psychologin M. Sc. J. _____ erstmals gestellte Verdacht auf eine kPTBS vermag zudem auch deshalb nicht zu überzeugen, weil die Psychologin ihre Einschätzung im Wesentlichen auf die Schilderungen der Beschwerdeführerin stützt und unkritisch darauf abstellt. Bis anhin hat jedoch keiner der behandelnden Ärzte entsprechende Gesundheitsstörungen erhoben. Dass die Voraussetzungen einer kPTBS nach den massgeblichen Leitlinien erfüllt sein könnten, ergibt sich weder aus den Berichten der behandelnden Ärzte noch aus dem MEDAS-Gutachten. Wenn unter Berufung auf die Ausführungen von M. Sc. J. _____ (act. II 189/3 ff.) in der Beschwerde weiter vorgebracht wird, die Widersprüchlichkeiten zwischen den erhobenen Befunden und den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin seien unter anderem auf die kPTBS zurückzuführen (Beschwerde S. 7 Ziff. III Rz. 12), so kann dem nicht gefolgt werden. Der RAD-Psychologe Dr. phil. M. _____ hat mit Bezug auf die Fachliteratur nachvollziehbar und überzeugend festgehalten, dass selbst eine PTBS nicht zu den vorliegend erzielten, invaliden Testergebnissen führen würde. Einzig eine sehr geringe Intelligenz und/oder eine Demenzerkrankung wäre hierzu geeignet (act. II 201). Solche Erkrankungen liegen hier jedoch unbestritten nicht vor und werden auch nicht geltend gemacht. Auch der von M. Sc. J. _____ in diesem Zusammenhang diskutierte dissoziierte Zustand der Beschwerdeführerin während der Begutachtung (act. II 189/3 ff.) vermag nicht zu überzeugen. Dabei handelt es sich, worauf der RAD-Psychologe Dr. phil. M. _____ überzeugend hingewiesen hat, um eine Spekulation, ohne dass hierfür medizinische Anzeichen bestehen (act. II 201). Es ist denn auch ohne Weiteres davon auszugehen, dass eine (in der Annahme von M. Sc. J. _____ massive) dissoziative Symptomatik anlässlich der Begutachtung sowohl dem Facharzt wie auch dem begutachtenden Neuropsychologen direkt aufgefallen wäre und sie diese diskutiert hätten.

Zum Vorbringen, die Annahme von Aggravationstendenzen mute subjektiv und damit unfundiert an, da keine klaren Hinweise auf ein aggravatorisches Verhalten der Beschwerdeführerin vorliegen würden (vgl. Beschwerde S. 7

Ziff. III Rz. 13), ist Folgendes festzuhalten: Sowohl anlässlich der psychiatrischen als auch der neuropsychologischen Begutachtung wurden bei den jeweils durchgeführten Testverfahren – unabhängig voneinander – auffällige Testergebnisse festgestellt (act. II 157.4/7 Ziff. 4.3 und 6.2, 157.6/8 f.). Überdies nahmen die Gutachter auch zu den Kriterien nach SLICK ET AL. (1999) Stellung und bejahten deren Vorliegen (act. II 157.4/11 Ziff. 6.3, 157.6/9). Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin ist darin keine subjektive und unfundierte Annahme von Aggravationstendenzen zu erblicken, so begründeten die Gutachter ihre Schlussfolgerungen eingehend, widerspruchsfrei sowie gestützt auf die durchgeführten Validierungsverfahren.

Der Argumentation, die Abweisung des Leistungsbegehrens und damit zusammenhängend der Fallabschluss sei verfrüht erfolgt, da die Verdachtsdiagnose der kPTBS noch abzuklären sei (Beschwerde S. 4 Ziff. III Rz. 6), kann nicht gefolgt werden. Abgesehen davon, dass das Institut des Fallabschlusses im Zweig der Invalidenversicherung – anders als in der Unfallversicherung (vgl. Art. 19 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]) – nicht existiert und damit für die Rentenprüfung irrelevant ist, ob noch weitere Behandlungen notwendig sind, ist rechtsprechungsgemäss nicht die Diagnose an sich massgeblich, sondern vielmehr der Einfluss des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (vgl. E. 2.2 hiavor). Die hierfür notwendigen Abklärungen wurden seitens der Beschwerdegegnerin getätigt und es ist nicht zu beanstanden, dass sie für die Beurteilung auf das MEDAS-Gutachten abgestellt hat.

3.4 Zusammenfassend liegen keine konkreten Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung im Gutachten (act. II 157.1 ff.) sprechen. Der RAD hat die erhobenen Einwände überzeugend entkräftet, weshalb die Vorbringen der Beschwerdeführerin keine Zweifel an der Zuverlässigkeit der gutachterlichen Beurteilungen zu wecken vermögen. Daran ändert schliesslich auch der im vorliegenden Verfahren aufgelegte Sprechstundenbericht des Spitals Q._____ vom 30. Januar 2025 nichts (act. I 3), werden darin doch einzig die Beschwerdeschilderungen der Beschwerdeführerin wiedergegeben und weder neue Befunde erhoben noch

anderweitige Veränderungen dargestellt. Der medizinische Sachverhalt ist hinreichend abgeklärt und von weiteren Beweisvorkehrungen sind keine massgebenden neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf (vgl. auch Beschwerde S. 2 Ziff. I Rechtsbegehren 2) in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (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).

3.5 Aufgrund des Dargelegten liegen bei der Beschwerdeführerin keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor, womit es an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden fehlt. Zwar wurde für einen Zeitraum von drei Monaten ab dem 3. Mai 2022 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zufolge eines vom behaupteten psychischen Gesundheitsschaden unabhängigen Leidens (Operation am Daumen ohne weitere Folgen) attestiert, das Wartejahr (vgl. E. 2.3 hiervor) wurde hierdurch jedoch nicht erfüllt. Damit erübrigt sich die Vornahme einer Invaliditätsbemessung und es besteht kein Anspruch auf eine Rente.

4. Aufgrund des Dargelegten ist die Verfügung vom 3. September 2024 (act. II 200) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

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

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

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (inkl. Eingabe vom 7. Februar 2025 mit Beilage)
 - 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.