IV 200 2024 760
MAK/BOC/SSM

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. Oktober 2026

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Bossert

A._____
vertreten durch Advokat B._____

Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 15. Oktober 2024

Sachverhalt:

A.

Die 1980 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im November 2019 unter Hinweis auf seit August 2019 bestehende Rückenschmerzen bzw. eine Diskusverletzung bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Mit Verfügung vom 23. Juni 2020 (act. II 55) trat die IVB auf das Leistungsbegehren nicht ein, dies aufgrund des vorzeitigen Abbruchs einer für die Zeit vom 27. April bis 22. Mai 2020 geplanten Arbeitsmarktlich-Medizinischen Abklärung (AMA) bzw. mangelnder Mitwirkung der Versicherten an der AMA trotz entsprechender Aufforderung zur Mitwirkung (act. II 27 f., 48/4). Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im Januar 2021 meldete sich die Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an und verwies auf seit 2008 bestehende Knieschmerzen, Rücken- und Schlafprobleme sowie psychische Probleme (act. II 57). Die IVB nahm erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor und führte ein Assessment durch (act. II 59, 63 f., 69, 72, 75, 79/2). Weiter plante die IVB vom 21. Juni bis 16. Juli 2021 eine AMA sowie eine neuropsychologische Untersuchung (act. II 83). Am 22. April und am 14. Mai 2021 (act. II 76, 82) wurde die Versicherte zur Mitwirkung an der AMA aufgefordert, dies unter Hinweis auf die Folgen im Unterlassungsfall.

Nachdem die AMA vorzeitig abgebrochen und in der Folge auch die geplante neuropsychologische Abklärung storniert worden war (act. II 93), stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 9. Juli 2021 (act. II 94) das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren infolge mangelnder Mitwirkung an der AMA in Aussicht. Nachdem die Versicherte dagegen Einwand erhoben hatte (act. II 98), liess die IVB die Versicherte durch die MEDAS C._____ polydisziplinär begutachten (Expertise vom 30. März

2022 [act. II 125.1 - 125.7]). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) stufte das MEDAS-Gutachten als nicht schlüssig ein, einzig die Somatik wurde als verwendbar taxiert (vgl. act. II 127, 131/1), weshalb die IVB die Versicherte durch Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten liess (Expertise vom 24. März 2023 [act. II 142.1]).

Am 19. Juni 2023 (act. II 145) schloss die IVB die berufliche Eingliederung ab, da eine Eingliederung zum aktuellen Zeitpunkt aus gesundheitlicher Sicht noch nicht zielführend sei.

Im weiteren Verlauf ordnete die IVB mehrere Laboruntersuchungen an und holte Stellungnahmen des RAD sowie einen Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein (act. II 146, 151 f., 155 f., 158 f., 162 - 167). Nach Vornahme erwerblicher Abklärungen (act. II 172 f., 175, 178, 180) und der Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 183 f., 189) verneinte die IVB mit Verfügung vom 15. Oktober 2024 (act. II 191) den Anspruch auf eine Invalidenrente, da keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege.

C.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Advokat B._____, mit Eingabe vom 15. November 2024 Beschwerde. Sie beantragt, in Gutheissung der Beschwerde sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin ab Oktober 2020 eine IV-Rente auszurichten. Allenfalls sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks weiterer Abklärungen, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Dezember 2024 beantragt die Beschwerdegegnerin die 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 Angefochten ist die Verfügung vom 15. Oktober 2024 (act. II 191). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 150 V 323 E. 4.2 S. 328, 150 V 89 E. 3.2.1 S. 95, 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die angefochtene Verfügung datiert vom 15. Oktober 2024 (act. II 191), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022, dies mit Blick auf die seit 2019 attestierte Arbeitsunfähigkeit (act. II 8/2 f.) und die im Januar 2021 erfolgte Anmeldung (act. II 57) sowie in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (Wartejahr) und Art. 29 Abs. 1 IVG (Entstehung des Rentenanspruchs frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs). Folglich sind insoweit 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 (vgl. auch Rz. 9101 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen, vgl. BGE 151 V 137 E. 4.3 S. 140, 186 E. 4.1 S. 189, 264 E. 6.2 S. 266, 150 V 1 E. 6.4.2 S. 6).

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem

ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

2.4 Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

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 151 V 66 E. 5.4 S. 70, 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.5 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbstständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2021 IV Nr. 76 S. 256, 8C_165/2021 E. 4.2.1).

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikato-

ren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) anderseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3 S. 298) und "Konsistenz" einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

2.6 Die sachverständige Person schätzt das Leistungsvermögen anhand der einschlägigen Indikatoren ein. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 S. 307). Eine davon losgelöste Parallelüberprüfung "nach besserem juristischen Wissen und Gewissen" darf jedoch nicht stattfinden. Vielmehr ist im Rahmen der Beweiswürdigung zu fragen, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch im Lichte der normativen Vorgaben widerspruchsfrei und schlüssig mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364, 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

Zur Grenzziehung zwischen der freien Überprüfung durch die rechtsanwendende Stelle in Anwendung der Standardindikatoren gemäss BGE 141

V 281 auf der einen und unzulässiger juristischer Parallelbeurteilung auf der anderen Seite hat das Bundesgericht Folgendes festgehalten: Von einer lege artis, normorientierten, d.h. nach Massgabe von BGE 141 V 281 erfolgten medizinischen Schätzung ist aus triftigen Gründen abzuweichen. Solche liegen vor, wenn die medizinisch-psychiatrische Annahme einer Arbeitsunfähigkeit unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz und materieller Beweislast der versicherten, rentenansprechenden Person zu wenig gesichert ist und insofern nicht überzeugt. Dabei ist zu beachten, dass die ärztliche Beurteilung Ermessenszüge aufweist, die auch den Rechtsanwender begrenzen. Für die Prüfung der Frage, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben, ist erforderlich, dass die Sachverständigen substanziiert darlegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Insbesondere hat der medizinisch-psychiatrische Sachverständige darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar – zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person. Kommen die Experten dieser Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Rechtsanwenders Bestand haben (BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 367). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann somit als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364, 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

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

3.

3.1 Die Nichteintretensverfügung vom 23. Juni 2020 (act. II 55) erfolgte nicht gestützt auf eine materielle Prüfung des Leistungsanspruchs, sondern aufgrund mangelnder Mitwirkung der Beschwerdeführerin an einer AMA. Da nur auf materiellen Prüfungen basierende Verfügungen Vergleichszeitpunkte im Sinne des Neuanmeldungsrechts darstellen können (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b), liegt nicht eine Neuanmeldungskonstellation im eigentliche Sinne vor. Vielmehr ist die Anmeldung vom Januar 2021 (act. II 57) wie eine Erstanmeldung zu behandeln, so dass nicht geprüft werden muss, ob seit der Nichteintretensverfügung vom 23. Juni 2020 (act. II 55) eine Änderung der rentenrelevanten Verhältnisse eingetreten ist (vgl. MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl. 2022, Art. 30 N. 120).

3.2 Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Dr. med. F._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Medizinische Onkologie, gab im Bericht vom 11. September 2017 (act. II 20/17 ff.) die folgenden Diagnosen an:

1. St.n. papillärem Schilddrüsenkarzinom links, pT4 pN1(2/9) G2, R1
   - St.n. totaler Thyreoidektomie und Teilparathyreoidektomie 12/08
   - ablative Radiotherapie 01/09
   - ablative Radiodiagnostik und Radiotherapie mit endogener TSH-Stimulation 06/09
   - PET/CT 09/11: Speicherung in Raumforderung der rechten Schilddrüsenloge, sonographisch bislang grössenkonstant 01/15
   - Tirosint-Substitutionstherapie mit tiefem TSH-Spiegel
   - Tumormarker erhöhtes Thyreoglobulin 04/16, normalisiert 05/16
   - keine Hinweise für Tumoraktivität 06/16
   - Substitution mit Euthyrox 175ug/d
   - aktuell: zu niedrigere Substitution von Tirosint 09/17
2. Hypoparathyreoidismus mit Substitution von Calcitriol und Calcium
   - wiederholt tiefer Vitamin D 1,25 Spiegel
3. Arterielle Hypertonie
   - schwierige medikamentöse Einstellung
4. Verdacht auf Ig-A-Nephropathie 06/12
   - persistierende Proteinurie 03/15
5. Reaktive Depression seit 12/15
   - Sertralin und Zolpidem seit 01/16
   - Albträume unter Sertralin
   - Psychiatrische Unterstützung von psychiatrischem Dienst G._____
6. Chronisches cervicales und lumbales Schmerzsyndrom seit 05/16
   - chiropraktische Behandlungen sowie medizinische Massagen
7. Beginnendes Carpaltunnelsyndrom bds. 10/16
   - ENG leicht eingeschränkte Sensibilität
8. Adipositas
   - Grenzwertige Hyperlipidämie, insbesondere Triglyceride

2009 (richtig: 2008) sei bei der Beschwerdeführerin ein Schilddrüsenkarzinom diagnostiziert worden, weswegen eine totale Thyreoidektomie und eine lokale Radiotherapie erfolgt seien. Trotz positivem Befall eines lokoregionären Lymphknotens sei sie anschliessend rezidivfrei geblieben. Sie sei aber nach wie vor ständig beunruhigt, dass erneut ein Rezidiv auftreten könnte.

3.2.2 Im Bericht der interdisziplinären Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsensprechstunde des Spitals H._____ vom 8. Juli 2019 (act. II 20/22 ff.) wurde die folgende Hauptdiagnose aufgeführt:

- Papilläres Schilddrüsenkarzinom pT4 N1(2/9) G2 R1

Sonographisch und laborchemisch zeige sich weiterhin kein Hinweis auf eine Tumorprogredienz bzw. ein Neuauftreten der Tumorerkrankung.

3.2.3 Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht vom 28. August 2019 (act. II 8/2 f.) die folgende Diagnose fest:

- Discushernie L5/S1 links

Die Beschwerdeführerin habe das Recht, auch weiterhin rein symptomatisch behandelt zu werden. Der einzige und sinnvolle Weg nach vorne sei allerdings, nachdem die konservativen Massnahmen als fehlgeschlagen taxiert werden müssten, dass sie eine Steroidinfiltration Facetten- und Periduralraum L5/S1 links durchführen lasse. Die Arbeitsunfähigkeit als ... werde dauerhaft bei 100 % persistieren. Es sei unbedingt eine Umschulung durch die IV zu planen. Ansonsten sei die berufliche Reintegrierbarkeit nicht mehr gegeben.

3.2.4 Dr. med. J._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 31. Oktober 2019 (act. II 10/3 f.) die folgende Diagnose auf:

- St.n. Knie-Kontusion links

Im MRI könnten keine spezifischen posttraumatischen Veränderungen gesehen werden. Die Alterationen im Meniskus seien als degenerativ einzustufen und als äusserst geringfügig (kleine Horizontalläsion). Es seien auch keine Bone bruise-Veränderungen oder Zerrungen der Seitenbänder erkennbar. Zum Zeitpunkt des MRI's seien somit die posttraumatischen Veränderungen schon praktisch abgeheilt gewesen. Die Beschwerdeführerin arbeite seit dem Unfall nicht mehr und als es um die Definition der Arbeitsfähigkeit gegangen sei, sei sie sofort fordernd, aggressiv geworden. Es käme nicht in Frage, dass sie wegen dieses Unfalls unter Schmerzen überhaupt arbeiten könne. Sie nehme zwar keine Medikamente und appliziere nur Salben am Knie. Physiotherapie hätte sie keine gehabt. Gerne würde sie Physiotherapie machen, aber erst arbeiten, wenn die Physiotherapie abgeschlossen sei. Er, Dr. med. J._____, sehe dies ganz klar anders. Weder klinisch noch im MRI seien schwere Veränderungen zu erkennen,

die irgendeine Arbeitsunfähigkeit langfristig begründeten. Die Beschwerdeführerin erwähne, dass sie bei ihrem Gatten arbeite, einmal habe sie wegen eines Knieproblems sechs Monate Geld von der K._____ erhalten. Er bleibe bei seiner Beurteilung, bezüglich des aktuellen Falles müsse die Beschwerdeführerin zwingend am Montag 50 % arbeiten und sich am Montagabend wieder bei ihm vorstellen. Das Arbeitszeugnis sei auf Druck der Beschwerdeführerin ausgefüllt worden. Die 50%ige Arbeitsfähigkeit müsse akzeptiert werden, spätestens bis 4. November 2019. Die K._____ werde gebeten, von dieser speziellen Situation Kenntnis zu nehmen und gegebenenfalls rasch vor Ort Abklärungen vorzunehmen.

3.2.5 Dr. med. J._____ gab im Bericht vom 5. November 2019 (act. II 10/2) die folgende Diagnose an:

- Schmerzsyndrom Knie links nach anamnestischem Trauma

Die Beschwerdeführerin erscheine wie vereinbart um 21.15 Uhr heute zusammen mit ihrem Gatten. Gleich zu Beginn der Unterredung zeige sich eine enorme Spannung. Die Beschwerdeführerin und der Gatte seien mit seiner Einschätzung des Krankheitsbildes nicht einverstanden. Sie hätten sich auch offenbar einen anderen Arzt (Kniespezialist) ausgesucht, dessen Namen sie nicht mitteilten. Die Beschwerdeführerin habe heute versucht zu arbeiten, was wegen den Schmerzen nicht gegangen sei. Das Knie erscheine reizfrei ohne Erguss, könne voll gestreckt werden. Ein Hinken sei nicht ersichtlich. Leider entwickle sich ein nicht konstruktives Gespräch. Es seien keine klaren und signifikanten posttraumatischen Zustände am linken Knie zu erkennen. Falls die Beschwerdeführerin jetzt nicht arbeite, so müsse dies als eine primär degenerative Pathologie angesehen werden. Das MRI zeige altersphysiologische Veränderungen und keine schwerwiegenden und insbesondere keine mittels Operation zu therapierenden Pathologien. Der Gatte der Beschwerdeführerin sage zum Schluss der Untersuchung, dass er Anzeige gegen Dr. med. J._____ erstatten werde.

3.2.6 Dr. med. I._____ führte im Bericht vom 13. Januar 2020 (act. II 16) die Folgende Diagnose auf:

- Discushernie L5/S1 links

Zudem gab er die folgende Nebendiangose an:

- Depressive Stimmungslage

Die Beschwerdeführerin leide unter einer Bandscheibenschädigung L4/L5 und L5/S1, wobei L5/S1 mit einer linksseitig gelegenen grossen Discushernie. Konservativ habe sie nicht sinnvoll behandelt werden können. Erschwerend komme die depressive Stimmungslage hinzu, wobei hier auch eine operative Sanierung nicht unbedingt das bringe, was sie erwarte. Betreffend die Arbeitsfähigkeit sei sie als ... und ... in einer körperlich belastenden Tätigkeit dauerhaft arbeitsunfähig. Die Belastbarkeit der Wirbelsäule werde etwa 5kg pro Arm, sprich maximal 10kg, betragen. Sie sollte Wechselpositionen erlaubt kriegen. Rückenschonend, keine Arbeiten unter dem Kniegelenk, dasselbe oberhalb des Schultergürtels.

3.2.7 Im Bericht von Dr. phil. L._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP (nicht im Psychologieberuferegister [PsyReg; <www.medregom.admin.ch>] verzeichnet), vom 8. Mai 2020 (act. II 42/2 ff.) im Zusammenhang mit einer neuropsychologischen Untersuchung vom 7. Mai 2020 wurde festgehalten, bei der 39-jährigen Beschwerdeführerin hätten sich in der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung sowohl vom klinischen Eindruck her als auch in der Performanzvalidierung deutliche Hinweise für einen eingeschränkten Effort gezeigt. Da also die erhobenen Ergebnisse in ihrer Gültigkeit eingeschränkt seien, sei die Untersuchung vorzeitig beendet worden. Ob die reduzierte Anstrengungsbereitschaft bzw. -fähigkeit durch die psychiatrische Problematik bedingt sei, einer Verdeutlichungstendenz oder einer Aggravation entspreche, könne aufgrund der vorhandenen Daten nicht beurteilt werden. Entsprechend werde zu einer Untersuchung zu einem späteren Zeitpunkt geraten, wenn sich die psychische Situation stabilisiert habe, um mögliche kognitive Einschränkungen erfassen zu können.

3.2.8 Dr. med. E._____ führte im Bericht vom 30. Oktober 2020 (act. II 59) die folgenden Diagnosen auf:

- Rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige bis schwere Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) im Rahmen einer Er-

schöpfungsdepression mit Misstrauen und dysfunktionaler Krankheitsverarbeitung
- Chronische Schmerzstörung mit psychischen und physischen Faktoren (ICD-10: F45.41).
- Vd. a. generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1)
- Papilläres Schilddrüsenkarzinom pT4 N1(2/9) G2 R1
- Postoperativer Hypoparathyreoidismus, aktuell substituiert mit Calcimagon und Rocaltrol
- Sehstörungen mit zwischenzeitlichem Gesichtsfeldausfall linksseitig sowie linksseitige Cephalgie und Parästhesie
- Verdacht auf Ig-A-Nephropathie 06/12
  - persistierende Proteinurie 03/15
- Chronisches cervicales und lumbales Schmerzsyndrom seit 05/16
- Beginnendes Carpaltunnelsyndrom bds. 10/16
- Adipositas
- Grenzwertige Hyperlipidämie, insbesondere Triglyceride

Es handle sich um eine 40-jährige, aus ... stammende Patientin, die wegen den Beschwerden einer depressiven Symptomatik durch die Hausärztin zur Abklärung und Behandlung zugewiesen werde. Das Störungsbild lasse sich aufgrund der Symptomatik am ehesten einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden mit Existenzängsten zuordnen. Ausgelöst worden seien die affektiven Symptome nach der Diagnostizierung des papillären Schilddrüsenkarzinoms und danach durch die zunehmende Belastung in der Rolle als Erziehungsperson mit Schuldgefühlen, psychosozialen Belastungsfaktoren sowie durch zunehmende Unsicherheit wegen unsicherer Zukunftsperspektiven. Dazu gehörten auch die Stimmungsschwankungen, welche zur Ermüdung, Beeinträchtigung des Konzentrations- und Durchhaltevermögens mit Einschränkung im Alltag und verminderter Leistungsfähigkeit führten. Die Beschwerdeführerin zeige zusätzlich eine akzentuierte Persönlichkeit mit abhängigen und selbstunsicheren Zügen, welche sich in einem gestörten Selbstbild mit mangelnder Selbstsicherheit, einer fehlenden Bedürfnisformulierung und dem intensiven Wunsch nach Anerkennung und Beachtung zeigten. Die Beschwerdeführerin arbeite wegen der Verschlechterung des psychosomatischen Zustandes seit 2017 nicht mehr. Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der bestehenden Symptomatik bei den durchgeführten Konsultationen (Antriebsstörung, Stressintoleranz, depressive Stimmung, der herabgesetzten Belastbarkeit sowie der beschriebenen kognitiven Beeinträchtigungen insbesondere hinsichtlich Kon-

zentrationsproblemen) mindestens von einer 60%igen Arbeits- und Leistungsunfähigkeit im angestammten Bereich als ... und für Verweistätigkeiten ausgegangen werden.

3.2.9 Dr. med. I._____ führte im Bericht vom 24. März 2021 (act. II 72/2 f.) die folgende Diagnose auf:

- Discushernie L5/S1 links

Die Beschwerdeführerin sei vor Jahresfrist bereits konservativ behandelt worden und dies erfolgreich bei einer Discushernie mediolateral links. In der Folge habe sie eine gute Zeit und praktisch eine normale Lebenssituation gehabt, bis sie nach einer langen Autofahrt ... nach Hause erneut diese Lumbago mit ischialgiformer Ausstrahlung links sowie neu eine Lumbago mit ischialgiformer Ausstrahlung rechts gezeigt habe. Die Beschwerdeführerin sei in der Folge stark eingeschränkt. Sie klage über Nachtschmerzen sowie Anlaufschmerzen am Morgen. Als Hausfrau sei sie stundenweise einsetzbar, ein volles Arbeitspensum könne sie nicht leisten.

3.2.10 Im undatierten Bericht zur AMA in der M._____ vom 21. Juni bis zum vorzeitigen Abbruch am 7. Juli 2021 (act. II 100) wurden von Dr. med. N._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. II 100/16 f.):

- Chronisches Halbseitenschmerzsyndrom/Panvertebrales Spondylogenes Schmerzsyndrom links bei
  - DH L5/S1 mit Nervenwurzeltangierung L5 und S1 links (MRI 8/18)
  - Hypästhesie linke Körperseite
  - Muskuläre Dysbalancen
- mediale Knieschmerzen links
  - St.n. Kniekontusion links 2. September 2019
- Rezidiv. depressive Störung, ggw. mittelgradige bis schwere Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) im Rahmen einer Erschöpfungsdepression mit Misstrauen und dysfunktionaler Krankheitsverarbeitung (Dr. med. E._____ 10/20)
- chronische Schmerzstörung mit psychischen und physischen Faktoren (ICD-10: F45.41)
- Vd. a. generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1)
- Chronischer positionsabhängiger Schwindel

  - Verdacht auf otolithische Dysfunktion
  - Diskrete peripher vestibuläre Funktionsstörung im tieffrequenten Bereich rechts
  - sekundär somatoformer Schwindel (persistent postural and perceptual Dizziness rechts, PPPD)
- Unklare Tagesmüdigkeit, Einschlafen
  - DD Schlafapnoe-Syndrom
  - St.n. Eiseninfusion bei Hausarzt während AMA
  - DD psychisch/medikamentös bedingt

Im Verlauf habe die Beschwerdeführerin sehr häufig über unspezifische, eher diffus geschilderte und wechselnde Beschwerden mit Hitze in Brust, Schwindel, Verspannungen, Bauchschmerzen geklagt und sei teils vorzeitig nach Hause gegangen. Oft habe sie einfach dagesessen, mit dem Kopf auf dem Tisch, sie sei teils sogar eingeschlafen, sei schmerzfokussiert gewesen und habe durchwegs eine betont leidende Ausstrahlung gezeigt. Auf Fragen nach der sozialen Situation habe sie teils aggressiv reagiert. Sie habe sehr langsam gearbeitet, habe viele Pausen gemacht und habe 25 % Leistung erbracht. Eine Diskussion bezüglich angepassten Tätigkeiten sei nicht möglich gewesen, die Beschwerdeführerin habe sich keine entsprechenden Tätigkeiten vorstellen können. Eine Motivation zur Wiedereingliederung in die Arbeitswelt sei nicht feststellbar gewesen.

Zum medizinischen Zumutbarkeitsprofil wurde ausgeführt, körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, keine ergonomisch ungünstigen Positionen, kein Knien oder Kauern, kein langes Gehen und Stehen, keine Überkopfarbeit, Heben und Tragen maximal 5kg pro Arm oder 10kg beidhändig. Vermehrter Pausenbedarf. Aus somatischer Sicht könne aufgrund der chronischen Schmerzen eine Leistungsminderung um 20 bis maximal 30 % bei vermehrtem Pausenbedarf bei voller zeitlicher Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Aus somatischer Sicht sei ein zeitlich volles Arbeitspensum (100 %) möglich. Die psychischen Einschränkungen aber auch die Abgrenzung von Kontext-Faktoren könnten nicht zuverlässig beurteilt werden aus somatischer Sicht.

3.2.11 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 30. März 2022 (act. II 125.1 - 125.7) mit Untersuchungen in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie/Rheumatologie, Neurologie, Oto-Rhino-Laryngologie

(ORL) und Psychiatrie wurden in der Konsensbeurteilung keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. II 125.1/11 Ziff. 4.2.1). Die Sachverständigen führten aus (act. II 125.1/11 f. Ziff. 4.2 und 4.3), dass auf dem psychiatrischen Fachgebiet aufgrund eines schlechten psychischen Zustandes keine verbindliche Diagnosestellung bzw. deren versicherungsmedizinische Einschätzung habe erfolgen können. Sie nannten jedoch die folgenden Verdachtsdiagnosen:

- Verdacht auf Entzugssyndrom und Intoxikationszeichen bei Übergebrauch verschiedener Sedativa und Hypnotika ICD-10: F13
- Verdacht auf anhaltende depressive Episode ICD-10: F32/33

Somit könne keine verbindliche Stellungnahme zu funktionellen Auswirkungen der psychiatrischen Diagnosen erfolgen. In den anderen Fachgebieten seien keine versicherungsmedizinisch relevanten Diagnosen festgestellt worden.

Zur Konsistenzprüfung wurde festgehalten (act. II 125.1/12 Ziff. 4.6), Hinsichtlich Diskrepanzen bzw. Inkonsistenzen bei den durchgeführten Begutachtungen könne Folgendes festgehalten werden: Die Beschwerdeführerin sei seit 2020 bei Dr. med. E._____ in Behandlung, welche in ... Sprache durchgeführt werde. Die Compliance mit der antidepressiven Medikation sei aktuell unwirksam, mit hoher Wahrscheinlichkeit bedingt durch die Non-Compliance der Beschwerdeführerin. Es würden unkontrolliert diverse Hypnotika und Sedativa eingenommen. Es bestehe der dringende Verdacht auf einen Missbrauch und die Beschwerdeführerin habe in der psychiatrischen Untersuchung deutliche Zeichen eines Entzugs gezeigt.

Weiter gaben die Sachverständigen an (act. II 125.1/13 Ziff. 4.7), aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich eine volle Arbeitsfähigkeit für jedwede Tätigkeit, dies allerdings unter Vorbehalt, da auf dem psychiatrischen Fachgebiet aufgrund eines schlechten psychischen Zustandes keine verbindliche Diagnosestellung und infolgedessen keine versicherungsmedizinische Einschätzung habe erfolgen können.

Zu den medizinischen Massnahmen und Therapien wurde festgehalten (act. II 125.1/14 Ziff. 4.10), solche seien durchzuführen, vor allem auch, um die psychiatrische Diagnostik zu ergänzen. Um die Situation wirklich ein-

schätzen und die Beschwerdeführerin auch therapieren zu können, wäre eine stationäre psychiatrische Therapie notwendig. Da der subjektive Leidensdruck hoch sei, wäre dies sinnvoll und würde der Beschwerdeführerin helfen, sich besser zu fühlen. Vor allem die Medikation müsse eingestellt werden und die Beschwerdeführerin und die Familie müssten über die ungünstige Wirkung von Hypnotika und Sedativa aufgeklärt werden, allenfalls wäre ein Entzug angezeigt. Dieser müsste begleitet werden mit Kontrollen (Screening für Benzodiazepine, ev. spezielles Screening oder Haaranalysen für Z-Substanzen). Nach erfolgter und kontrollierter Abstinenz für zirka zwölf Monate wäre eine Standortbestimmung mit erneuter psychiatrischer Begutachtung vorzuschlagen.

3.2.12 In der Stellungnahme vom 20. Mai 2022 (act. II 127) gab der RAD-Arzt dipl. Arzt O._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zum MEDAS-Gutachten vom 30. März 2022 (act. II 125.1 - 125.7) an, es sei nicht nachvollziehbar, wieso bei unklarer Diagnose dann doch weitreichende Empfehlungen abgegeben würden. Zu prüfen sei hier auch, inwiefern die Beschwerdeführerin vielleicht vorsätzlich einen Zustand der Beweislosigkeit herbeigeführt haben könnte. Dies hätte gutachterlich zumindest erörtert werden sollen. Es sei nicht klar herausgearbeitet worden, ob – und gegebenenfalls, weshalb – das von der Beschwerdeführerin gezeigte Zustandsbild überwiegend wahrscheinlich krankheitsbedingt sei. Andere Alternativen würden nicht erörtert. Die Psychiaterin bewerte auch nicht das Verhalten der Beschwerdeführerin, das diese bei den anderen Gutachtern gezeigt habe. Insofern sei nicht von einer tatsächlichen Konsensbeurteilung oder auch nur von einem Austausch untereinander auszugehen. Vorhandene Erkenntnisquellen seien also nicht genutzt worden.

3.2.13 Dr. med. D._____ führte im psychiatrischen Gutachten vom 24. März 2023 (act. II 142.1) die folgenden Diagnosen auf (act. II 142.1/9 Ziff. 6.3):

- Depressive Störung schwergradigen Ausmasses (ICD-10: F32.2)
- DD: Persönlichkeitsänderung (ICD-10: F62.1)

Der Gutachter gab an (act. II 142.1/9 f. Ziff. 6.3), bei der Beschwerdeführerin bestehe eine dauerhaft gedrückte Stimmung, die sich nur wenig verändere. Es träten sicher Schwankungen im Verlauf auf, doch offensichtlich nie

eine Remission der Störung. Es handle sich um eine bisher einmalige Episode, die schon seit mehreren Jahren anhalte, weswegen die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nicht bestätigt werden könne. Es bestehe eine chronifizierte depressive Störung, die im Ausmass mittlerweile als mindestens mittelgradig bis gar schwergradig einzustufen sei. Denkbar sei, dass die Beschwerdeführerin zeitweise in Belastungssituationen einen agitierten Zustand aufweise, wie er auch bei der letzten Begutachtung beschrieben worden sei. Körperschmerzen seien fast immer ein begleitendes Symptom von Depressionen, weswegen auf die Diagnose einer Schmerzstörung ebenfalls verzichtet werde. Es bestehe mittlerweile ein jahrelanger Verlauf, weswegen die Möglichkeit einer Persönlichkeitsänderung in Betracht zu ziehen sei. Die Beschwerdeführerin reagiere nicht genügend auf die Therapiemassnahmen, es sei eine Chronifizierung eingetreten.

Dr. med. D._____ führte weiter aus (act. II 142.1/10 Ziff. 7.1), die Beschwerdeführerin stehe in ambulanter Therapie. Stationäre Massnahmen seien nie durchgeführt worden. Aufgrund der Befragung könne angenommen werden, dass die medikamentösen Massnahmen möglicherweise teilweise unzuverlässig befolgt würden, denn sie gebe an, gewisse Medikamente mehr oder weniger nach momentanem Befinden einzunehmen, teilweise wieder vermehrt. Im Weiteren wäre unter den gegebenen Umständen auch eine stationäre Behandlung in Betracht zu ziehen. Insofern sei anzunehmen, dass die bisherigen Behandlungsmassnahmen nicht genügend ausgeschöpft worden seien. Es könne daher einzig empfohlen werden, eine stationäre Behandlung mit konsequenter medikamentöser Behandlung durchzuführen, allenfalls seien auch alternative Behandlungsmassnahmen zu evaluieren.

Zudem hielt Dr. med. D._____ fest (act. II 142.1/11 Ziff. 8), unter den gegebenen Umständen sei die Beschwerdeführerin nicht in der Lage, sich genügend auf eine Aufgabe zu konzentrieren, sie könne keine Verantwortung übernehmen, sie sei nicht in der Lage, verlässlich und zuverlässig an einem Arbeitsplatz zu erscheinen, sie sei kognitiv und psychomotorisch beeinträchtigt und dadurch verlangsamt, brauche Erholung, müsse überwacht werden, weswegen eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft nicht möglich sei. Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe mindestens seit

der Behandlung bei Dr. med. E._____ im Oktober 2020. Zum vorgängigen Verlauf stünden nicht genügend Angaben zur Verfügung. Die Störung wirke sich auch in der Haushalttätigkeit aus, es sei allenfalls denkbar, dass die Beschwerdeführerin kleinere Aufgaben übernehme, wobei es schwierig abzuschätzen sei, in welchem Ausmass. Es stehe keine Haushaltabklärung zur Verfügung. Die Störung mache sich bei jeder Tätigkeit bemerkbar, weswegen keine adaptierte Tätigkeit genannt werden könne, wo die Beschwerdeführerin eine verwertbare Leistung erbringen könnte. Dringend indiziert sei die Weiterführung der psychiatrischen Massnahmen, wobei unter den gegebenen Umständen dringend eine stationäre Behandlung indiziert sei.

3.2.14 Der RAD-Arzt dipl. Arzt O._____ führte nach einem Telefonat mit dem behandelnden Psychiater Dr. med. E._____ in der Aktennotiz vom 27. Oktober 2023 (act. II 151) aus, Dr. med. E._____ berichte, ihre Dialekte würden sich etwas unterscheiden, es sei ihm aber möglich, sich mit der Beschwerdeführerin gut auf ... zu unterhalten. Trotzdem habe es über ein halbes Jahr gedauert, bis die Beschwerdeführerin begonnen habe, sich ihm zu öffnen. Mittlerweile sei es ihm möglich, bei ihr alle relevanten Themen anzusprechen. Er folge dem letzten Gutachter nicht, dass es hier eine stationäre Behandlung brauche. Es gehe ihm darum, sie innerhalb ihrer Familie zu stabilisieren. Vor einem Klinikaufenthalt würde sie auch Angst haben, weil sie schlechte Erfahrungen gemacht habe und sie glaube ständig, über ihr Befinden berichten zu müssen, was sie als sehr belastend erlebe. Das sei ihr insbesondere auch bei dem in vielen Fächern durchgeführten MEDAS-Gutachten so gegangen. Termine bei ihm habe sie alle vierzehn Tage. Gerade heute sei sie wieder bei ihm gewesen, sie habe Tränen in den Augen gehabt und er habe den Eindruck gehabt, dass es ihr wieder schlechter gehe. Man habe die Medikation angepasst und werde daher auch den Medikamentenspiegel bestimmen. Er gehe nicht davon aus, dass die bei ihr bestehenden Probleme explizit mit dem ... Kulturkreis zusammenhängen würden. Sie habe insgesamt wenig Kontakt zu Menschen, in der Familie gebe es keine Konflikte, der Ehemann würde weitgehend versuchen, ihr zu helfen, das gelte auch für die Kinder. Zwei Kinder seien noch minderjährig. Ein Kind sei zudem leicht behindert, was sie als

sehr belastend erlebe. Am Arbeitsleben, auch in der Familie des Mannes beteilige sie sich schon lange nicht mehr.

3.2.15 Dr. med. E._____ gab im Bericht vom 9. Dezember 2023 (act. II 159) die folgenden (psychiatrischen) Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an:

- schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2) geprägt von Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafstörungen sowie Angstzuständen, seit 2022
- Vd. a. generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1).

Die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 22. Juni 2020 in der ambulanten psychiatrischen Behandlung von Dr. med. E._____ und die Konsultationen erfolgten in vierzehntäglichen bis monatlichen Einzelkonsultationen zusammen mit ihrem Sohn und ihrem Ehemann.

Die Beschwerdeführerin wirke in den Einzelkonsultationen depressiv, leidend und besorgt aufgrund des Krankheitsverlaufs und der unklaren Zukunftsperspektive. Der Psychostatus und der klinische Eindruck belegten das Bestehen einer schweren depressiven Störung weiterhin. Diese störungsbedingten Funktionsdefizite führten zu Beeinträchtigungen in allen Alltagsbereichen (sozial, beruflich, Freizeit). In der Gesamtschau ergebe sich ein chronischer Verlauf der Depression und der Schmerz- sowie der Angstsymptomatik.

Aufgrund des aktuellen Verlaufes und der aktuellen Psychopathologie sowie gemäss der Empfehlung des polydisziplinären Gutachtens sei eine stationäre Behandlung bei schwergradigen Depressionen indiziert. Eine stationäre Behandlung sei laufend mit der Beschwerdeführerin und ihrer Familie bei den Konsultationen thematisiert worden. Er erachte aber eine stationäre Behandlung unter diesen bestehenden Lebensumständen wegen ihrer Mutterrolle und der grossen Sorge um die Kinder als nicht erfolgsversprechend. Es bestehe eine fehlende Motivation der Beschwerdeführerin für eine stationäre Behandlung und eine solche könnte ihren psychischen Zustand verschlechtern. Aus seiner Sicht könne dies zu einer Dekompensation des psychischen Zustandes mit schlimmeren Folgen führen.

Dr. med. E._____ führte weiter aus, aufgrund der genannten Symptome in Korrelation mit den sich daraus entwickelnden Einschränkungen, insbesondere seit der Diagnostizierung des Schilddrüsen-Tumors mit erheblicher Unsicherheit und Ratlosigkeit könne eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten attestiert werden. Im Haushalt bestehe aktuell mindestens eine 60%ige Einschränkung. Er erachte die beruflichen Eingliederungsmassnahmen momentan als nicht durchführbar und nicht indiziert.

3.2.16 Der RAD-Arzt dipl. Arzt O._____ führte im Bericht vom 20. Dezember 2023 (act. II 162) die folgenden Diagnosen auf:

- Schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2) geprägt von Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafstörungen sowie Angstzuständen, seit 2022
- Vd. a. generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1)

Zur Medikamenten-Compliance gab der RAD-Arzt an, der RAD führe eine Kontrolle der Spiegel der verordneten Medikamente durch. Die Kontrollen hätten ergeben, dass insgesamt die verordneten Medikamente eingenommen würden, wobei nicht immer der angegebene Mindestwirkspiegel erreicht werde. Ob das – aufgrund nicht ausreichender Compliance – zulasten der Beschwerdeführerin gehe, sei unklar, da auch der Abstand zwischen Einnahme- und Kontrollzeitpunkt eine Rolle spielen könne und weil vielleicht wegen Nebenwirkungen die Dosierung habe heruntergefahren werden müssen. Die Behandlungsfrequenz bei Dr. med. E._____ erscheine angemessen.

Das vorliegende Gutachten äussere sich zwar zu bestehenden therapeutischen Optionen, bleibe aber eine dezidierte Antwort darauf schuldig, inwiefern diese der Beschwerdeführerin definitiv zugemutet werden könnten. Dass die Möglichkeiten erwähnt würden und die Beschwerdeführerin nicht für dermassen krank erklärt werde, dass eine Teilnahme an therapeutischen Massnahmen nicht möglich wäre, spreche aus RAD-Sicht dafür, dass der Gutachter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von der Zumutbarkeit medizinischer Behandlungsmassnahmen ausgegangen sei.

Sowohl in einem Telefonat mit dem ambulant behandelnden Psychiater Dr. med. E._____ (act. II 151) als auch im IV-Verlaufsbericht vom

9. Dezember 2023 (act. II 159) werde die auf den RAD ehrlich wirkende Überzeugung des Dr. med. E._____ ausgedrückt, dass es sich bei der Beschwerdeführerin um einen chronifizierten Fall handle, der auch durch erneute klinische Behandlungsmassnahmen zumindest mittelfristig nicht besserbar sei. Es drohe im Fall einer stationären Behandlung sogar eine Verschlechterung, da die Beschwerdeführerin schon schlechte Erfahrungen mit Ärzten gesammelt habe und es jetzt mit Mühe gelungen sei, eine einigermassen vertrauensvolle ambulante Situation zu schaffen. Insofern könne der RAD empfehlen, auf die Aussagen des Dr. med. E._____ abzustellen.

3.2.17 In der Aktennotiz vom 20. Dezember 2023 (act. II 165) hielt der RAD-Arzt dipl. Arzt O._____ fest, mit den medizinisch möglichen Abklärungsmitteln ergebe sich die in der schriftlichen RAD-Anfrage vom 20. Dezember 2023 (act. II 162) niedergelegte Aussage. Es werde darin davon ausgegangen, dass bei Dr. med. E._____ die ehrliche Überzeugung vorliege, dass bei seiner Patientin die Symptomatik krankheitsbedingt sei und nicht motivational. Dennoch gebe es weiterhin Inkonsistenzen im Fall, die nach RAD-ärztlicher Überzeugung aber mit rein medizinischen Mitteln nicht weiter hinterfragt werden könnten. Dies betreffe insbesondere das Auskunftsverhalten der Beschwerdeführerin gegenüber den einzelnen MEDAS-Gutachtern, wo die Deutschkenntnisse bei der Psychiaterin deutlich schlechter gewesen zu sein schienen als bei den Somatikern. Auch habe sich dort eine Symptomatik gezeigt, die, wenn durchgehend bestehend, sich eigentlich auch zumindest ansatzweise in den somatischen Fächern hätte zeigen müssen. Es sei nicht auszuschliessen, dass die Beschwerdeführerin dabei eine Tendenz verfolge, die über noch nachvollziehbare legitime Verdeutlichungstendenzen hinausgehe. Auch sei auffällig, dass die Beschwerdeführerin offenbar nie "unbeaufsichtigt" ihrem Psychiater gegenübersitze; immer seien angeblich Sohn und Ehemann dabei. Dies könne natürlich bedeuten, dass sie den Weg nicht allein schaffe oder sich allein nicht gut ausdrücken könne, könnte aber auch bedeuten, dass insgesamt familiäre materielle Interessen bestünden, die einem "Krankheitsgewinn" nicht abgeneigt wären und hinsichtlich derer die Beschwerdeführerin möglicherweise instrumentalisiert werde.

4.

4.1

4.1.1 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).

4.1.2 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).

4.1.3 Die Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist oder nicht, beurteilt sich im konkreten Einzelfall danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht. Mit anderen Worten verletzt das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht allein schon deshalb, weil einem Teilgutachten der Beweiswert abgesprochen wird. Dies hat auch umgekehrt zu gelten, wenn sich die Schlussfolgerungen im Hauptgutachten, das nicht in einer interdisziplinären Konsensbesprechung der beteiligten Fachärzte entstand, nicht nachvollziehen und sich nicht mit den Teilgutachten vereinbaren lassen, die Beurteilungen in allen Teilgutachten jedoch als schlüssig zu bezeichnen sind.

Eine Beweiswürdigung, welche überzeugenden Teilkonsilien vollen Beweiswert zuerkennt, kann somit nicht allein deshalb als bundesrechtswidrig bezeichnet werden, weil einem weiteren Teil des Gutachtens die Beweiskraft fehlt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 86, 8C_260/2017 E. 4.2.2).

4.1.4 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).

4.2 Das MEDAS-Gutachten vom 30. März 2022 (act. II 125.1 - 125.7) erfüllt alle Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. E. 4.1.2 hiervor), wobei auch der psychiatrischen Begutachtung grundsätzlich Beweiswert zukommt. Die Begutachtung mit Befunderhebung und medizinischer Würdigung erfolgte seriös, einlässlich und überzeugend. Auf die Befunderhebung und die psychiatrische Diskussion kann abgestellt werden, insbesondere auch auf die Erklärung hinsichtlich der Gründe für den desolat erscheinenden Zustand der Beschwerdeführerin (Intoxikation bzw. Entzugserscheinungen) im Untersuchungszeitpunkt (act. II 125.2/18 f. Ziff. 6.3.2). Dass die Gutachterin aufgrund der konkreten Ausgangslage keine Diagnose stellen konnte (act. II 125.2/18 Ziff. 6.3.1), bedeutet nicht, dass das Gutachten mangelhaft wäre, sondern einzig, dass die Gutachterin aus nachvollziehbar dargelegten Gründen hinsichtlich der Diagnose und der Einschätzung, ob tatsächlich ein massgeblicher Gesundheitsschaden vorliegt, (vorderhand) keine abschliessende Beurteilung vornehmen konnte.

Die Beschwerdegegnerin ordnete eine ergänzende monodisziplinäre psychiatrische Begutachtung an (vgl. act. II 127, 131/1). Es wurde ein entsprechendes Gutachten durch Dr. med. D._____ erstellt (act. II 142.1). Dieses Gutachten überzeugt im Ergebnis hinsichtlich Diagnostik und den

daraus zu ziehenden Schlüssen nicht: Es fehlt eine nachvollziehbare leitliniengerechte Diskussion der erhobenen Befunde und der gesamten Aktenlage. So stimmt die Diagnosestellung nicht mit der ICD-10-Nomenklatur überein. Dr. med. D._____ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 24. März 2023 (act. II 142.1) eine depressive Störung schwergradigen Ausmasses (ICD-10: F32.2 [recte nach ICD-10-Nomenklatur jedoch "schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome" {vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 174}]) und differentialdiagnostisch eine Persönlichkeitsänderung (ICD-10: F62.1 [recte nach ICD-10-Nomenklatur "andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit" {DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 287}]). Die Ausführungen der Beschwerdeführerin gegenüber Dr. med. D._____, auf welchen dieser seine Beurteilung unkritisch und ohne entsprechende Diskussion aufgebaut hat, ist widersprüchlich und deckt sich nicht mit der Aktenlage. So gab die Beschwerdeführerin an (act. II 142.1/3/Ziff. 3.2), sie fühle sich dauernd müde, habe keinen Willen und keine Kraft, das habe sie schon seit der Schilddrüsenoperation vor 14 oder 15 Jahren. Sie liege teilweise nur im Bett und tue überhaupt nichts. Zudem führte sie aus (act. II 142.1/5 Ziff. 3.2), nach der Schilddrüsenoperation habe sie unter Zittern und Konzentrationsschwierigkeiten gelitten, sie sei auch nachts immer wieder aufgewacht. Es sei ihr dann nie mehr richtig gut gegangen, doch habe sie immerhin noch einigermassen arbeiten können (unter Psychopharmakotherapie). Zuletzt habe sie noch vor etwa fünf oder sechs Jahren in der Firma des Ehemannes gearbeitet. Die Darstellung der fehlenden Leistungsfähigkeit seit der Schilddrüsenoperation im Jahr 2008 ist jedenfalls sowohl aus medizinischer als auch aus erwerblicher Sicht aktenwidrig: Die 1980 geborene Beschwerdeführerin reiste im September 2002 in die Schweiz ein (act. II 1/1), nachdem sie sich im Juni 2002 mit dem 1978 geborenen Ehemann verheiratet hatte (act. II 1/2). Bereits im Januar 2002 war das erste Kind zur Welt gekommen; weitere Kinder kamen 2005, 2008 und 2018 zur Welt (act. II 1/3). Als Gesundheitsschaden wurden in der Erstanmeldung vom November 2019 Rückenschmerzen angegeben (act. II 1/6). Sie sei seit dem 1. Dezember 2016 zu 100 % als .../... bei der P._____ (in Konkurs, gelöscht) des Ehemanns angestellt. Gleichzeit gab sie an, seit 2002 Hausfrau zu sein

(act. II 1/6). Im Individuellen Konto (IK) der Beschwerdeführerin sind für die Jahre 2011 und 2013 bis 2017 Einkommen von ...-Geschäften eingetragen. Alle diese ...-Geschäfte sind in Konkurs gegangen (die Q._____ GmbH war ein Unternehmen des Ehemanns, das in Konkurs ging und gelöscht ist; die R._____ GmbH war ein Unternehmen der Beschwerdeführerin, das in Konkurs ging und gelöscht ist; die P._____ GmbH war ein Unternehmen des Beschwerdeführers, an dem zwischenzeitlich auch eine weitere Person beteiligt war und über die 2021 ebenfalls der Konkurs eröffnet wurde und die gelöscht ist; die S._____ GmbH, welche früher dem Ehemann gehörte, wurde an eine Drittperson übergeben und ist inzwischen ebenfalls in Konkurs gegangen [von dieser GmbH besteht kein Eintrag im IK-Auszug der Beschwerdeführerin; vgl. zum Ganzen <www.zefix.ch>]). Bei der P._____ GmbH will die Beschwerdeführerin bis zum 18. Dezember 2017 gearbeitet haben (vgl. act. II 1/4). Rund fünf Monate später, am TT. Juni 2018 gebar sie die jüngste Tochter (act. II 1/3). Auch in den medizinischen Akten bestehen keine Anzeichen dafür, dass die Beschwerdeführerin, abgesehen von nachvollziehbaren Ängsten im Jahr 2008/2009 anlässlich der onkologischen Erkrankung und Behandlung, nach dem erfolgreichen Behandlungsabschluss eine massgebliche psychische Störung entwickelt hätte. Wie es sich mit der korrekten gutachterlichen Diagnostik für die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten psychischen Beschwerden verhält, braucht nicht abschliessend geklärt zu werden, da eine gerichtliche Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 zum Leistungsausschluss führt (vgl. E. 5 hiernach).

5.

5.1 Dr. med. D._____ hielt im Gutachten vom 24. März 2023 (act. II 142.1/8 Ziff. 6.2) fest, es fänden sich in der heutigen Untersuchung keine Hinweise auf Inkonsistenzen. In der Vergangenheit sei anlässlich der interdisziplinären Abklärung eine mögliche Inkonsistenz durch ungenügende Mitwirkung angenommen worden, auch eine unterschiedliche Beurteilung des Zustandes, was aber durchaus mit einem wechselhaften affektiven Zustand erklärt werden könnte. Die Frage nach einer Aggravation oder gar Simulation kann trotz deutlicher Anzeichen für solche letztlich offen bleiben,

da auch eine Prüfung auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren (vgl. E. 2.5 hiervor) zu einer Verneinung des Leistungsanspruchs führt.

5.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

5.2.1 Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

5.2.1.1 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Dr. med. D._____ führte unter Berücksichtigung der Untersuchungsbefunde in diagnostischer Hinsicht aus (act. II 142.1/9 Ziff. 6.3 i.V.m. 142.1/6 f. Ziff. 4.3), bei der Beschwerdeführerin bestehe eine dauerhaft gedrückte Stimmung, die sich nur wenig verändere. Es bestünden ein Interessenverlust und allgemeine Freudlosigkeit, stark verminderter Antrieb und erhöhte Ermüdbarkeit. Es zeigten sich Hinweise auf deutliche kognitive Störungen, die auch von der Beschwerdeführerin bestätigt würden, das Selbstwertgefühl sei eingeschränkt, sie fühle sich wertlos, es bestehe eine negativistische Haltung, sie kämpfe mit Suizidgedanken, massiven Schlaf- und Appetitstörungen. Die Beschwerdeführerin benötige wiederholt Hilfe in verschiedenen Bereichen, sie müsse begleitet werden, sie sei unfähig, im Alltag ihre Aufgaben zu übernehmen, sie könne keine Verantwortung übernehmen, es bestünden keine sozialen Kontakte mehr, die von ihr ausgingen, sie habe praktisch alle Aktivitäten aufgegeben. Es träten sicher Schwankungen im Verlauf auf, doch offensichtlich nie eine Remission der Störung. Diese Annahmen des Gutachters Dr. med. D._____ basieren auf der subjektiven Darstellung der Beschwerdeführerin. Sie sind vor dem Hintergrund der sonstigen medizinischen Berichte jedoch nur beschränkt zu bestätigen und auf jeden Fall (auch vom Gutachter) nicht objektiviert. Folglich kann nicht von einem schweren Krankheitsgeschehen ausgegangen werden.

5.2.1.2 Sodann ist auf den Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. die diesbezügliche Resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.).

Zwar erfolgt durch Dr. med. E._____ eine Verschreibung von Medikamenten (act. II 59, 159/4); der Beschwerdeführerin fehlt es diesbezüglich jedoch offensichtlich vollständig an der Compliance. Denn gegenüber dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. D._____ gab sie an, gewisse Medikamente mehr oder weniger nach momentanem Befinden einzunehmen, teilweise wieder vermehrt (act. II 142.1/10 Ziff. 7.1; vgl. auch act. II 125.2/11 Ziff. 3.2.14 und 125.2/14 Ziff. 4.3.1.1 sowie das Foto im rheumatologischen MEDAS-Teilgutachten [act. II 125.5/22]). Die Therapie bei Dr. med. E._____ selbst erfolgt, wenn stets auch entweder der Ehemann oder der Sohn teilnehmen (act. II 159/2), zweifellos nicht lege artis, spricht doch der Arzt die Sprache der Beschwerdeführerin. Zu beachten ist schliesslich, dass bei einer schweren Depression weitgehend alle alltäglichen Fähigkeiten verloren sind. Eine stationäre Behandlung ist in aller Regel zwingend. Eine solche erachtet der behandelnde Dr. med. E._____ jedoch nicht als nötig bzw. kontraproduktiv. Die Begründung, weshalb eine stationäre Behandlung trotz schwerer Depression im vorliegenden Fall nicht möglich bzw. gar kontraproduktiv sein soll, überzeugt jedoch nicht. Wenn die Problematik derart ausgeprägt wäre, wäre eine stationäre Therapie vielmehr zwingend, insbesondere um die Beschwerdeführerin aus dem problematischen psychosozialen Umfeld herauszulösen und eine konsequente und kontrollierte Medikation aufzubauen. Gegen eine schwere, nicht überwindbare Depression spricht denn auch, dass die Beschwerdeführerin täglich strukturierte Tätigkeiten wahrnehmen kann (die Tochter für die Schule vorbereiten und in die Schule schicken [act. II 142.1/3 Ziff. 3.2]). Auch das Vermeidungsverhalten, welches die Beschwerdeführerin zur Verweigerung einer stationären Therapie an den Tag legt, wäre überwindbar. Mit Blick auf diese Ausführungen liegt keine Behandlungsresistenz vor.

Hinsichtlich der Eingliederung nahm die Beschwerdeführerin in den Jahren 2020 und 2021 an Arbeitsmarktlich-Medizinischen Abklärungen teil, die jedoch beide vorzeitig abgebrochen wurden, wobei die Beschwerdeführerin im ersten Fall von der Hausärztin krank geschrieben wurde (act. II 48/4

Ziff. 5). Im zweiten Fall konnten aufgrund vieler Absenzen und zahlreich eingelegter Pausen nur wenige Leistungsmessungen durchgeführt werden (act. II 100/10 Ziff. 3); zudem war eine Motivation der Beschwerdeführerin nicht spürbar (act. II 100/19 Ziff. 7.4). Damit kann noch nicht von einer Eingliederungsresistenz gesprochen werden.

5.2.1.3 Was den Indikator Komorbiditäten (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 429 f., 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) anbelangt, sind neben der vom Gutachter attestierten depressiven Störung schwergradigen Ausmasses (Differentialdiagnose Persönlichkeitsänderung [act. II 142.1/9 Ziff. 6.3]) die von den MEDAS-Gutachtern als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgelisteten somatischen Diagnosen einer näheren Betrachtung zu unterziehen. Die Auflistung lautet wie folgt (act. II 125.1/11 Ziff. 4.2.2):

- Bildgebend ist ein BSV L5/S1 links bekannt, ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10: M51.1)
- Leichte Gonarthrose, beziehungsweise Retropatellararthrose linkes Knie, ohne funktionelle Einschränkung oder entzündliche Veränderungen (ICD-10: M17.9)
- Vorbeschriebenes lumboradikuläres Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.16) mit/bei
  - Vorbeschrieben bildgebend (MRI 8/2018) mögliche Tangierung L5 und S1 links
  - Klinisch-neurologisch kein persistierendes sensomotorisches Defizit abgrenzbar
  - Elektrophysiologisch (evozierte Potentiale) unauffälliger Befund
- Chronischer episodischer Schwindel DD orthostatisch, funktionell (ICD-10: R42)
- Radiojod-induzierte Sialadenitis der Glandula parotis und Glandula submandibularis bds. (ICD-10: K11.8)
- Chronischer kompensierter Tinnitus beidseits (ICD-10: H93.1)
- Papilläres Schilddrüsen-Carcinom pT4 N1 G2 R1, ED 12/2008 (ICD-10: C73)
  - St. n. totaler Thyreoidektomie und Teil-Parathyreoidektomie
  - St. n. Radiojodtherapie 2009
  - postoperativer Hypoparathyreoidismus
- Arterielle Hypertonie, ED 2008 (ICD-10: I10.90)
- Adipositas, WHO Grad I, BMI 32.3 kg/m^2 (ICD-10: E66.00)
- Nikotinabusus, kum. ca. 15 py (ICD-10: Z72.0)
- Verdacht auf IgA-Nephropathie, ED 2012 (ICD-10: N02.9)
  - Aktuell Mikrohämaturie und Ferritinmangel

Auch wenn die Auflistung in ihrer Länge eindrücklich erscheint, belegt sie keine massgebliche Komorbidität: Verschiedene der somatischen Diagnosen sind allein Aufzeichnungen von Befunden, denen keine klinische Relevanz zukommt (Lemma 1, 2, 3, 5, 6, 9) oder die als "Status nach" nicht (mehr) von Bedeutung (Lemma 7 [ausdrücklich bei der Nachkontrolle keine neuen Befunde; act. II 20/17, 20/22, 72/20, 79/2]) bzw. gut behandelbar sind (Lemma 8). Soweit sie psychischer Natur ist (Lemma 4), geht sie schliesslich in der psychiatrischen Beurteilung auf. Es liegen damit keine massgeblichen Komorbiditäten vor.

5.2.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist festzuhalten, dass – falls von der Differentialdiagnose ausgegangen wird – (korrekt nach ICD-10) einzig noch eine "andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit" bestehen würde. Dabei ist jedoch beachtlich, dass eine massgebliche schwere psychische Erkrankung in früherer Zeit, insbesondere anlässlich der onkologischen Behandlung im Jahr 2008 (auf welche sie ja gemäss dem Gutachter Dr. med. D._____ bezogen werden soll) nie attestiert worden war.

5.2.3 Zum Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten (Beschwerdeantwort S. 3 C./Ziff. 12), dass der intakte familiäre Zusammenhalt eine Ressource darstellt (act. II 100/19 Ziff. 7.3, 142.1/8 Ziff. 6.1). Zudem berichtete die Beschwerdeführerin von Kontakt zu Freunden (act. II 125.6/11 Ziff. 3.2.9) und von einigen Kolleginnen, welche ab und zu mit ihr spazieren gehen würden (act. II 125.2/10 Ziff. 3.2.9). Damit hält das soziale Umfeld gewisse Ressourcen bereit.

5.3 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie "Konsistenz". Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.).

5.3.1 Im Zusammenhang mit dem Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) verweist die Beschwerdegegnerin darauf, dass die Beschwerdeführerin fähig sei, zweimal pro Jahr in ... zu reisen (Beschwerdeantwort S. 3 C./Ziff. 13; vgl. act. II 125.2/10 Ziff. 3.2.9,

125.6/12 Ziff. 3.2.12, 142.1/5 Ziff. 3.2). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Beschwerdeführerin die Tochter morgens selbstständig unterstützt, bevor diese zur Schule geht (Beschwerdeantwort S. 3 C./Ziff. 13; vgl. act. II 142.1/3 Ziff. 3.2). Letzteres zeigt, dass die Beschwerdeführerin eine täglich strukturierte Tätigkeit vornehmen kann (vgl. auch act. II 142.1/4 Ziff. 3.2). Bezüglich der jährlich wiederholten Reisen in ... ist entscheidend, dass die Beschwerdeführerin diese Reisen durchführen kann. Auch wenn die Reisen innerhalb eines familiären Kontextes erfolgen, bleiben es Ferienreisen, welche die Beschwerdeführerin, im Gegensatz zur angeblich vollständigen Invalidität zu Hause, offensichtlich vornehmen kann. Folglich ist keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen gegeben.

5.3.2 Zum behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) kann auf das bei den Indikatoren Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz Ausgeführte verwiesen werden (vgl. E. 5.2.1.2 hiervor).

5.4 Im Rahmen der Beweiswürdigung ergibt die Gesamtbetrachtung, dass die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der vom Gutachter Dr. med. D._____ attestierten psychischen Beeinträchtigungen anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt sind (vgl. E. 2.4 - 2.6 hiervor) und somit der Beweis einer rechtlich relevanten vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit nicht erbracht wird. Folglich hat die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu Recht verneint.

5.5 Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis 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 Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):
   - Advokat 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.