

IV 200 2024 801
KOJ/REL/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. April 2025

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichterin Frey
Gerichtsschreiberin Bischof

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 1. November 2024



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist gelernte ... und arbeitete zuletzt im ... (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 7). Im Juli 2009 meldete sie sich aufgrund von Rückenbeschwerden nach einem im März 2009 erlittenen Sturz bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (act. II 9), worauf die IVB Hilfsmittel (act. II 42) und berufliche Massnahmen (act. II 46) gewährte, hingegen den Anspruch auf eine Invalidenrente (IV-Rente) bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 9 % verneinte (act. II 78). Diese Verfügung blieb unangefochten. Nach einer erneuten Anmeldung im Januar 2014 (act. II 96) gewährte die IVB berufliche Massnahmen zum Aufbau einer selbstständigen Tätigkeit (act. II 114) und verneinte mit Verfügung vom 22. September 2015 (act. II 127) wiederum den Anspruch auf eine IV-Rente bei einem IV-Grad von 9 %. Auch dieser Entscheid wurde nicht angefochten.

Im Januar 2017 meldete sich die Versicherte erneut unter Hinweis auf Schmerzen in Fuss und Rücken, Migräne, Erschöpfungszustände und Depression bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 129), worauf die IVB Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht vornahm und gestützt auf zwei Beurteilungen ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD [act. II 145, 145]) mit Verfügung vom 11. August 2017 (act. II 155) einen Rentenanspruch verneinte. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 158) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 16. Mai 2018, IV 200 2017 796 (act. II 161), ab. Das Bundesgericht trat auf eine hiergegen erhobene Beschwerde (act. II 162) mit Urteil vom 3. Juli 2018 (act. II 163) nicht ein.

Auf eine Neuanmeldung im Juli 2020 (act. II 169) trat die IVB gestützt auf die Einschätzung des RAD (act. II 177, 184) mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 24. Februar 2021 nicht ein (act. II 190).

Die Versicherte meldete sich im Juni 2022 (act. II 205) abermals zum Leistungsbezug an. Die IVB trat auf das Leistungsbegehren ein und veranlass-

te nach neuerlichen Abklärungen und gestützt auf die Einschätzung des RAD (act. II 249) eine polydisziplinäre Begutachtung durch die C. _____ (MEDAS; Expertise vom 19. August 2024 [act. II 270.1 bis 270.7]). Mit Vorbescheid vom 2. September 2024 (act. II 272) stellte sie der Versicherten in Aussicht, das Leistungsbegehren hinsichtlich einer IV-Rente bei einem IV-Grad von 5 % ab dem 1. Dezember 2022 bzw. einem solchen von 15 % ab dem 1. Januar 2024 abzuweisen. Auf den Einwand der Versicherten hin (act. II 276) holte die IVB eine Stellungnahme bei der MEDAS ein (Stellungnahme vom 28. Oktober 2024 [act. II 279]) und verfügte am 1. November 2024 dem Vorbescheid entsprechend (act. II 280).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte – vertreten durch Rechtsanwalt B. _____ – mit Eingabe vom 28. November 2024 Beschwerde. Sie beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Ausrichtung einer ganzen IV-Rente seit wann rechtens, spätestens jedoch ab dem 1. Juli 2021. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen, namentlich zum Einholen eines neuen polydisziplinären Gutachtens, und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Januar 2025 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

In einer Eingabe vom 22. Januar 2025 machte die Beschwerdeführerin weitere materielle Ausführungen und hielt an ihren Rechtsbegehren fest.

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 1. November 2024 (act. II 280). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente.

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

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

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

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

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem IV-Grad von 50 % bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem IV-Grad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem IV-Grad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem IV-Grad zwischen 40 % und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

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

2.5

2.5.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen IV-Grades 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 [IVV; SR 831.201]).

2.5.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des IV-Grades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der IV-Grad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr

eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117, I 822/06 E. 2.1).

2.5.3 Anlass zur Rentenrevision bzw. zur Anspruchsprüfung im Rahmen der Neuanschuldung gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die IV-Rente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

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

2.5.5 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).

2.6 Um den IV-Grad 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.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 30. Juni 2022 (act. II 205) eingetreten, womit die Eintretensfrage hier nicht zu überprüfen ist (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

Hingegen war die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom Juli 2020 (act. II 169) nicht eingetreten und hat auch keine materielle Prüfung des Anspruchs vorgenommen, weshalb die entsprechende Verfügung vom 24. Februar 2021 (act. II 190) in revisionsrechtlicher Hinsicht unbeachtlich ist (vgl. E. 2.5.4 hiervor). Zu prüfen ist deshalb, ob zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 11. August 2017 (act. II 155) und der hier angefochtenen Verfügung vom 1. November 2024 (act. II 280) eine (potenziell) anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist.

Hinsichtlich der Verfügung vom 11. August 2017 (act. II 155) hat das Verwaltungsgericht im Urteil VGE IV 200 2017 796 vom 16. Mai 2018 (act. II 161) – gestützt auf die Beurteilung der RAD-Ärzte vom 11. Mai 2017 (act. II 144, 145) – festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Tibialis posterior Insuffizienz mit Pes plano valgus Stellung, hingegen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Status nach Tendovaginitis De Quervain, eine Adipositas per magna, eine Hypertonie, ein beginnender präseniler Katarakt und Cervicobrachialgien links vorliegen (act. II 161 S. 9 Ziff. 3.3.7 f.). Gestützt darauf stellte das Gericht fest, dass das bereits im September 2009 formulierte (vgl. act. II 23) und im Mai 2017 wiederholte Zumutbarkeitsprofil

(Tätigkeiten im Stehen oder Gehen nur noch eingeschränkt möglich; eine angepasste leichte bis mittelschwere Tätigkeit ganz überwiegend im Sitzen unter Berücksichtigung der funktionellen Einschränkungen, vollschichtig und mit einer Leistungsminderung bis zu 20 %) weiterhin Gültigkeit hat (act. II 161 S. 10 ff. Ziff. 3.5 f.). Dieses Urteil ist in Rechtskraft erwachsen (vgl. Nichteintretensentscheid BGer 8C_459/2018 [act. II 163]).

3.2 Zur Beurteilung der Frage, ob sich seit der Verfügung vom 11. August 2017 (act. II 155) bis zur hier angefochtenen Verfügung vom 1. November 2024 (act. II 280) eine Änderung der medizinischen Situation ergeben hat, ist den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.2.1 In ihrem Bericht vom 5. November 2020 (act. II 182) diagnostizierte die behandelnde Ärztin der Klinik D._____, Dr. med. E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), eine Binge Eating Disorder (ICD-10: F50.81), eine Fibromyalgie, eine Adipositas per magna, eine Fussdeformation links, noch fragliche degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS), eine chronische Rhinitis, Tinnitus, Ohrensausen sowie eine arterielle Hypertonie (S. 5). Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert.

3.2.2 Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte in seinem Gutachten zu Händen der Krankenversicherung vom 30. März 2021 (act. II 247.4 S. 1 ff.) ein rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom, Cervicobrachialgien links sowie eine Fibromyalgie mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 25 Ziff. 1.b). Hingegen leiteten sich aus den Kopfschmerz-Syndromen wie auch aus den rezidivierenden depressiven Episoden, dem Tinnitus, der Hypertonie oder der mittelgradigen Trikuspidalinsuffizienz keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit ab. Die in den Akten festgehaltenen Beschwerden könnten in weiten Teilen weder durch Befunde auf dem somatischen noch auf dem psychopathologischen Gebiet nachvollzogen werden (Ziff. 2). Die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit sei nachvollziehbar unter der Voraussetzung, dass die Beschwerdeführerin als ... auch ... und dabei schwere bis mittelschwere Lasten heben und tragen müsse (S. 27 Ziff. 4.a). In einer leidensangepas-

ten Tätigkeit (leichte körperliche Tätigkeit, mit Heben und Tragen nur leichter Lasten bis 5kg, frei wechselbelastend, überwiegend im Sitzen, ohne längere für den Rücken ungünstige Zwangspositionen, etwa in kauender Position oder mit über Kopfarbeiten) sei ab sofort ein volles Pensum und eine volle Leistung erbringbar (S. 28).

In einem zweiten Aktengutachten vom 16. Februar 2022 (act. II 247.4 S. 72 ff.) hielt Dr. med. F. _____ fest, dass keine neuen relevanten Diagnosen im Vergleich zur Vorbeurteilung vom März 2021 hinzugekommen seien (S. 80 Ziff. 1). Es seien keine neuen Befunde vorgelegt worden, aufgrund welcher aus somatischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, weshalb an der von den behandelnden Ärzten behaupteten dauerhaft anhaltenden Arbeitsunfähigkeit begründete Zweifel beständen (Ziff. 2).

3.2.3 Im Austrittsbericht der Klinik D. _____ vom 23. Juli 2021 (act. II 195) diagnostizierten die behandelnden Psychologinnen nach dem teilstationären Aufenthalt vom 14. April 2021 bis zum 25. Juni 2021 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), eine Fibromyalgie, eine Adipositas per magna, eine Fussdeformation links, noch fragliche degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS), eine chronische Rhinitis, Tinnitus, Ohrensausen sowie eine arterielle Hypertonie. Vom 14. April 2021 bis zum 13. Juli 2021 attestierten sie eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 4).

3.2.4 Im psychiatrischen Gutachten vom 11. April 2022 (act. II 247.4 S. 108 ff.) zu Händen der Krankenversicherung diagnostizierte Prof. Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Neurologie, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) sowie eine Adipositas mit aktenanamnestisch Binge Eating Disorder (ICD-10: F50.8 [S. 157]). Es liege aus psychiatrischer Sicht bei Energie- und Antriebsmangel, depressivem Affekt sowie einer reduzierten kognitiven Ausdauer und konzentrativer Belastbarkeit eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit in der Bezugstätigkeit vor (S. 159). Aus psychiatrischer Sicht sei eine – gegebenenfalls aus orthopädischer Sicht leidensadaptierte – 100%ige Arbeitsfähigkeit bei einer weiterhin lege artis durchgeführten multimodalen

Therapie erreichbar. Zur Verminderung einer weiteren Chronifizierung werde baldmöglichst eine Intensivierung der bisherigen ambulanten und teilstationären Therapie empfohlen.

3.2.5 Anlässlich des teilstationären Aufenthaltes in der Klinik H._____, vom 4. August 2022 bis zum 26. Oktober 2022 diagnostizierten Dr. med. I._____, Fachärztin für Anästhesiologie, und lic. phil. J._____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, im Austrittsbericht vom 21. November 2022 (act. II 223) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, eine Binge Eating Disorder mit Adipositas per magna, eine chronische Rhinosinusitis sowie eine arterielle Hypertonie. Auch wenn die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht Teil des Therapieprogrammes gewesen sei, sei bei gegebener Symptomatik einer chronischen Schmerzstörung sowie der Erschöpfungssymptomatik keine Arbeitsfähigkeit gegeben (S. 3). Bei einer Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit sei von einer vermehrten Erschöpfbarkeit (körperlich und psychisch), einer verminderten Konzentration mit erhöhter Fehleranfälligkeit sowie von körperlicher Seite her mit einer deutlich eingeschränkten Leistungsfähigkeit (kein Heben von schweren Lasten, keine längeren Gehstrecken, keine längeren sitzenden Tätigkeiten) auszugehen.

3.2.6 Im polydisziplinären Gutachten der C._____ (MEDAS) vom 19. August 2024 (act. II 270.1) nannten die Fachärzte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10 Ziff. 4.3):

- Degeneratives Wirbelsäulenleiden mit erosiver Osteochondrose L4/5 etc. (ICD-10: M40, M41, M42, M47, M54, M79, M51)
- Degeneratives Fussleiden beidseits mit dekompensiertem Pes planovalgus beidseits etc. (ICD-10: M77, M21, M67, M76, M19, M20).

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen (S. 11):

- Initiale Coxarthrose links bei Enthesiopathie am Trochanter major beidseits (ICD-10: M16, M77)
- Häufig auftretender Kopfschmerz vom Spannungstyp mit pericranieller Schmerzempfindlichkeit (ICD-10: G44.2)
- Migräne mit typischer Aura (ICD-10: G43.1)
- Subjektive kognitive Einschränkungen ohne organisches Korrelat (ICD-10: R29.8)

- Adipositas per magna Grad III (ICD-10: E66.9)
- Arterielle Hypertonie (ICD-10: I10.0)
- Mittelgradige Trikuspidalklappeninsuffizienz (ICD-10: I36.1)
- Chronische Rhinitis/Sinusitis (ICD-10: J32.9)
- Cataracta praesenilis OD (ICD-10: H26.9)
- Fibromyalgiesyndrom, Kriterien gemäss ACR formal grenzwertig erfüllt (ICD-10: M79.7)
- Aktenanamnestisch Tendosynovitis de Quervain ohne Seitenan-gabe (ICD-10: M65)

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 3. Juni 2024 (act. II 270.3) hielt Dr. med. K. _____, Fachärztin für Rheumatologie, fest, es sei nicht schlüssig, dass die Beschwerdeführerin trotz des anhaltend hohen Schmerzniveaus, das sie schon seit vielen Jahren angebe zu empfinden, keine konsequente Schmerztherapie durchführe, was nicht mit dem als erheblich empfundenen Schmerzgeschehen zusammenpasse, das schon seit 2009 das Krankheitsgeschehen dominiere (S. 11 Ziff. 6.2). Ein sekundärer Krankheitsgewinn sei nicht nur nicht auszuschliessen, sondern eigentlich deutlich zu erkennen. Einen rheumatologisch-somatischen Grund für das präsentierte Verhalten zum aktuellen Untersuchungszeitpunkt gebe es nicht (S. 12). Für den über die Strukturveränderungen aus dem degenerativen Formenkreis im Bereich der Wirbelsäule und im Fussbereich hinaus bestehenden, von der Beschwerdeführerin als erheblich empfundenen Schmerz der gesamten Weichteile und des Gesamtorganismus finde sich keine schlüssige Erklärung aus dem rheumatologisch-somatischen Formenkreis (S. 13). Auch das Fibromyalgiesyndrom sei dafür nicht heranzuziehen, denn die angegebenen Beschwerden und das präsentierte Verhalten würden nicht zu einem klassischen Fibromyalgiesyndrom passen. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den subjektiv wahrgenommenen und beschriebenen Beschwerden, dem präsentierten Verhalten und den objektivierbaren Befunden. Die angestammte Tätigkeit sei in einem vollen Pensum möglich, wobei eine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit von 50 % für Pausen und Entlastungsstellungen bestehe (S. 22 Ziff. 8). Diese Arbeitsfähigkeit bestehe seit dem erstmaligen Dokumentieren der Fussbeschwerden im November 2021. In einer optimal angepassten Tätigkeit (leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten möglich, primär im Sitzen durchzuführende Tätigkeiten, ein Überkopfarbeiten nicht repetitiv möglich, ein Hinknien, ein Kauern und ein Hocken repetitiv nicht möglich; Leitern besteigen [aufgrund der Adipositas] nicht möglich, jedoch nach Gewichtsabnahme rein rheumatologisch-somatisch betrachtet mög-

lich; Treppensteigen nicht repetitiv möglich und Wirbelsäulenzwangshaltungen zu vermeiden) bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit ohne Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit (S. 23). Eine Steigerung des Pensums in der angestammten Tätigkeit auf 70 % innert zwei Jahren sei möglich, wobei jedoch eine Gewichtsabnahme erfolgen müsse und der Eintritt des Erfolgs von der Compliance der Beschwerdeführerin abhängen.

Die neurologische Gutachterin dipl. Ärztin L. _____, Fachärztin für Neurologie, konnte in ihrem Teilgutachten vom 3. Juni 2024 (act. II 270.4) keine neurologische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit festhalten (S. 11). Es habe seit dem Referenzzeitpunkt vom 21. April 2011 aus streng neurologischer Sicht zu keinem Zeitpunkt eine längere Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit bestanden (S. 12 Ziff. 8). Es ergäben sich Inkonsistenzen auf neurologischem Fachgebiet bezüglich der beklagten, subjektiv als invalidisierend empfundenen kognitiven Störungen mit den neuropsychologischen Befunden sowie der klinisch-neurologischen Untersuchung und den in der Aktenlage vorliegenden bildgebenden cerebralen Befunden (S. 9). Für die beklagten Beschwerden ergebe sich kein strukturelles Korrelat in der Bildgebung und es fielen auch in der klinischen Untersuchung keine eindeutigen kognitiven Defizite auf. Im Gegensatz hierzu erbringe die Beschwerdeführerin in der neuropsychologischen Abklärung durchgängig hochdefizitäre Resultate in allen getesteten Bereichen. Kognitive Defizite könnten letztlich nicht ausgeschlossen werden, das tatsächliche Ausmass habe jedoch nicht festgelegt werden können, so dass sich aus fachneurologischer Sicht keine Hinweise für eine höhergradige kognitive Einschränkung ergäben.

Aus internistischer Sicht konnte Prof. Dr. med. univ. M. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für Kardiologie und für Endokrinologie-Diabetologie, im Teilgutachten vom 3. Juni 2024 (act. II 270.5) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (S. 7). Auf internistischem Fachgebiet beständen keinerlei Einschränkungen sowohl in der bisherigen wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit (S. 8 f. Ziff. 8). Es sei eine Gewichtsabnahme sehr zu empfehlen, was allerdings ohne Auswirkungen auf die aktuelle Arbeitsfähigkeit sei (Ziff. 7.1).

Die psychiatrische Gutachterin dipl. Ärztin N._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, konnte in ihrem Teilgutachten vom 31. Mai 2024 (act. II 270.6) aufgrund der Hinweise auf eine gezielte Manipulation der Testergebnisse in der neuropsychologischen Untersuchung sowie weiterer Auffälligkeiten keine psychiatrische Diagnose vergeben (S. 11 Ziff. 6.3). Sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (S. 12 f. Ziff. 8). Die Aussagen der Beschwerdeführerin und die Informationen in der Aktenlage seien teilweise widersprüchlich (S. 10 Ziff. 6.2).

In der neuropsychologischen Beurteilung vom 17. Juni 2024 (act. II 270.7) führte Dr. phil. O._____, Fachpsychologe für Psychotherapie und Neuropsychologie FSP, aus, dass sich Auffälligkeiten gezeigt hätten, die klar auf eine gezielte Manipulation der Testergebnisse hinwiesen (S. 5). Auffällige Resultate zeigten sich in allen drei eingesetzten Beschwerdevalidierungstests und die Leistung liege statistisch signifikant unter dem Zufallsniveau, so dass von einer gezielten Manipulation auszugehen sei (S. 6). Es hätten sich bei der Betrachtung der Leistung über Durchgänge hinweg Abweichungen von Leistungsmustern gezeigt, welche bei einer schweren Störung zu erwarten wären und das Leistungsprofil sei nicht nachvollziehbar. In der Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf Beschwerden ergeben, welche die beschriebenen Auffälligkeiten erklären könnten (S. 7). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der Konfundierung von Begabung und Anstrengung bei Leistungstest und der eindeutigen Manipulation von Testergebnissen eine zuverlässige Interpretation der erbrachten Resultate nicht möglich; das Ausmass von möglicherweise tatsächlich vorliegenden Einschränkungen lasse sich daher nicht festlegen.

Nach polydisziplinärer Konsensbesprechung vom 5. August 2024 (vgl. act. II 270.1 S. 15 Ziff. 5) hielten die Fachärzte fest, dass in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 8,5 Stunden möglich sei, die Leistungsfähigkeit aus rheumatologischen Gründen jedoch aufgrund von Pausen und Entlastungsstellungen seit dem erstmaligen Dokumentieren der verstärkten Fussbeschwerden im November 2021 um 50 % reduziert sei (S. 13 Ziff. 4.6). In einer leidensangepassten Tätigkeit (leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten, ohne primär im Sitzen durchzu-

führende Tätigkeiten, ohne Überkopfarbeiten repetitiv, ohne repetitives Hinknien, ohne repetitives Kauern und ohne repetitives Hocken, ohne Leiternbesteigen [aufgrund der Adipositas, wäre aber nach Gewichtsabnahme möglich], ohne repetitives Treppensteigen, ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen; seitens der bestehenden Kopfschmerzsyndrome seien zur Prophylaxe vermehrter attackenbedingter Arbeitsausfälle eine ruhige, störungsfreie Arbeitsumgebung, eine flexible Arbeitszeit- und Pausenregelung, Lärmschutzmassnahmen oder eine Reduzierung von Publikumsverkehr empfehlenswert, aber keine Voraussetzung) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ohne Leistungseinschränkung (S. 14 Ziff. 4.7). Eine Steigerung des Pensums in der angestammten Tätigkeit sei möglich nach erfolgter Gewichtsabnahme, wobei der Eintritt des Erfolgs von der Compliance der Beschwerdeführerin abhängt und binnen zwei Jahren eine Steigerung auf eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in der angestammten Tätigkeit möglich wäre (S. 15 Ziff. 4.8).

3.2.7 Die Hausärztin Dr. med. P. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrem Schreiben vom 23. September 2024 (act. II 276 S. 7 f.) aus, dass sie aus hausärztlicher Sicht den Ergebnissen der MEDAS-Begutachtung mit einer postulierten 100%igen Arbeitsfähigkeit nicht zustimmen könne. Offenbar hätten die körperliche Belastung und der Arbeitsstress zu einer konstanten Überforderungssituation geführt, die bei der emotional angeschlagenen Beschwerdeführerin mit schwacher intrinsischer Resilienz die vorhandenen psychischen Probleme verstärkt hätten. Das schwache Selbstwertgefühl gepaart mit einem auch subjektiv empfundenen Gefangensein in einer Opferrolle habe wahrscheinlich dazu beigetragen, dass die Befürchtungen, den Berufsanforderungen nicht mehr zu genügen, zementiert worden seien. Aufgrund dieser Befürchtungen zusammen mit finanziellen/existenziellen Sorgen habe die Beschwerdeführerin aus ihrer Angst heraus unbewusst in den Tests des MEDAS-Gutachtens Underperformance gezeigt. Eine bewusste und absichtlich manipulative Underperformance sei weniger wahrscheinlich, eher ein persönliches Gefangensein in krankhaften emotionalen Mustern. Die Beschwerdeführerin mache den Eindruck einer ehrlich verzweifelten, mit sich selbst und ihrer Situation absolut überforderten Person. Ihre gesundheitlichen Probleme gepaart mit einer gesunden Persönlichkeitsstruktur hätten nicht zwingend

zu einer Invalidisierung führen müssen. Bei der Beschwerdeführerin seien aber günstige Persönlichkeitsmerkmale und intrinsische Ressourcen leider nicht zu entdecken (S. 8).

3.2.8 Die behandelnden Fachärzte der Klinik H._____, nahmen im Schreiben vom 20. September 2024 (act. II 276 S. 4 ff.) Stellung zum MEDAS-Gutachten und führten aus, dass es bei einer – von ihnen anerkannten – Tendenz zur Aggravation Aufgabe eines Gutachters sei, die Beschwerden der Beschwerdeführerin so gut wie möglich zu validieren. Diesbezüglich scheine das MEDAS-Gutachten zu einseitig und pauschal auf die Argumentation eines sekundären Krankheitsgewinns abzustützen und lasse eine Differenzierung v.a. im Hinblick auf eine psychiatrische Diagnose vermissen. Es scheine klare Hinweise für eine Angst- und Panikstörung zu geben; die Beobachtungen und Befunde erforderten eine differenzierte Abwägung im Hinblick auf eine psychiatrische Diagnostik (S. 5). Bezüglich der chronischen Schmerzstörung/somatischen Belastungsstörung könne die Ansicht, dass es bei psychiatrischen Problemen, Übergewicht oder einer Schmerzstörung nur eine Frage des Willens und der Motivation sei, diese zu überwinden, nicht geteilt werden und sie entspreche nicht den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Eine erneute psychiatrische Begutachtung sei zu begrüßen, da eine Diagnose gut zu begründen sei und es sei davon auszugehen, dass die psychiatrischen Befunde/Diagnosen mit deutlichen Einschränkungen im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit verbunden seien (S. 6).

3.2.9 In der Stellungnahme vom 28. Oktober 2024 (act. II 279) führten die MEDAS-Gutachter aus, dass sich aus den eingereichten Schreiben der behandelnden Ärzte (act. II 276 S. 4 ff. und S. 7f.) keine neuen Erkenntnisse ergäben, die eine inhaltliche Änderung an der Einschätzung im Gutachten vom 19. August 2024 (act. II 270.1 bis 270.7) zu begründen vermöchten. Es könne nach wie vor an der Beurteilung im Gutachten festgehalten werden.

3.3 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). Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C_260/2020 E. 2.2).

3.4 Dass eine Veränderung in somatischer Hinsicht seit der letzten rentenabweisenden Verfügung vom 11. August 2017 (act. II 155) eingetreten und damit im Jahr 2021 ein Neuanmeldungsgrund (vgl. E. 2.5.3 hiervor) ausgewiesen ist, ist zu Recht unbestritten (E. 3.6 nachfolgend). Weiter ist mit dem Statuswechsel von einer Teil- in eine Vollerwerbstätigkeit (vgl. E. 4.1 nachfolgend) zusätzlich auch ein erwerblicher Neuanmeldungsgrund gegeben, so dass der Rentenanspruch einer freien Prüfung zu unterziehen ist (vgl. E. 2.5.5 vorstehend).

3.5 In medizinischer Hinsicht hat sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 1. November 2024 (act. II 280) massgeblich auf das MEDAS-Gutachten der C._____ vom 19. August 2024

(act. II 270.1 ff.) einschliesslich der Teilgutachten in den Fachdisziplinen Rheumatologie, Neurologie, Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Neuropsychologie gestützt.

3.5.1 Das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS (act. II 270.1) wie auch die einzelnen Teilexpertisen der Fachgutachter (act. II 270.3 bis act. II 270.7) sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf einlässlichen klinischen Explorationen und wurden in Kenntnis der Vorakten sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. Sie überzeugen inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter dem Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich einer Konsensbeurteilung (act. II 270.1 S. 4 Ziff. 4, S. 15 Ziff. 5). Damit erfüllt die interdisziplinäre MEDAS-Expertise – zusammen mit der ergänzenden Stellungnahme der MEDAS-Gutachter vom 28. Oktober 2024 (act. II 279) – die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Dies gilt vorab für die somatischen Teilgutachten in den Bereichen Rheumatologie (act. II 270.3), Neurologie (act. II 270.4) und Allgemeine Innere Medizin (act. II 270.5), in welchen die Fachpersonen überzeugend dargelegt haben, dass sowohl im Wirbelsäulenbereich als auch im Bereich beider Füsse ein degeneratives Geschehen vorliegt, welches aus rheumatologischer Sicht einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit hat und dort die Leistungsfähigkeit um 50 % einschränkt (vgl. act. II 270.1 S. 13). In einer angepassten Tätigkeit (leichte bis mittelschwere wechselbelastende, primär im Sitzen durchzuführende Tätigkeiten, ohne repetitive Überkopfarbeiten, ohne repetitive Hinknien, Kauern und Hocken, ohne Leiternsteigen [nach Gewichtsabnahme betrachtet jedoch möglich], ohne Treppensteigen und ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen) liegt hingegen keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit vor (S. 14). Die Beschwerdeführerin bringt denn auch keine Einwände gegen die somatischen Teilgutachten vor. Soweit sie jedoch das neuropsychologische Teilgutachten von Dr. phil. O. _____ vom 17. Juni 2024 (act. II 270.7), welches klare Hinweise auf gezielte Ma-

nipulation der Testergebnisse ergab (S. 5 f.), und insbesondere auch das psychiatrische Teilgutachten von dipl. Ärztin N._____ vom 31. Mai 2024 (act. II 270.6) als mangelhaft bezeichnet (Beschwerde S. 5 Rz. 9 ff.), kann dem nicht gefolgt werden. Die psychiatrische Expertise wurde unter Berücksichtigung der gesamten Akten (vgl. act. II 270.2 und act. II 270.6 S. 10 unten) und gestützt auf eigene Befunde und Untersuchungen erstellt und enthält eine schlüssige und überzeugende medizinische Beurteilung, indem dipl. Ärztin N._____ darlegt, dass aufgrund der Hinweise auf eine gezielte Manipulation der Testergebnisse in der neuropsychologischen Untersuchung sowie weiterer Auffälligkeiten keine psychiatrische Diagnose vergeben werden könne (S. 11 Ziff. 6.3). Es besteht damit kein Anlass, nicht auf die ebenfalls schlüssige interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der MEDAS-Gutachter vom 19. August 2024 (act. II 270.1 S. 5 ff. Ziff. 4) abzustellen.

3.5.2 Daran vermögen auch die Vorbringen in der Beschwerde vom 28. November 2024 nichts zu ändern. Wenn dort (Beschwerde S. 5 Rz. 9 ff.) das psychiatrische Gutachten als mangelhaft kritisiert und diesbezüglich auf die Angaben der behandelnden Hausärztin Dr. med. P._____ in ihrer Stellungnahme vom 23. September 2024 (act. II 276 S. 7 f.) sowie diejenige von Dr. med. I._____ und lic. phil. J._____ der Klinik H._____, vom 20. September 2024 (act. II 276 S. 4 ff.) verwiesen wird, gilt es zu berücksichtigen, dass alle diese Fachpersonen nicht über den zur Beurteilung und insbesondere auch zur Differenzierung von psychiatrischen Erkrankungen und der damit einhergehenden Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit notwendigen Facharztstitel Psychiatrie verfügen (vgl. statt vieler: Entscheid des BGer vom 22. März 2010, 8C_83/2010, E. 3.2.3, wonach die fachliche Qualifikation der Ärzte hinsichtlich des Beweiswertes ihrer Aussage von erheblicher Bedeutung ist). Zudem versucht die Hausärztin zwar eine Erklärung für die gezielt manipulierten Testergebnisse zu präsentieren, doch vermögen diese Ausführungen den Beweiswert der gutachterlichen Feststellungen in ihrer Gesamtheit nicht zu schmälern. Anders als in der Beschwerde vorgebracht (S. 5 Rz. 10), kann der psychiatrischen MEDAS-Gutachterin nicht zum Vorwurf gemacht werden, dass sie sich in ihrer Beurteilung ungerechtfertigterweise zu einseitig und pauschal auf die Argumentation des sekundären Krankheitsgewinns und die gezeigte

Aggravation der Beschwerdeführerin fokussieren würde. Denn nicht nur in der psychiatrischen Untersuchung haben sich – insbesondere in Bezug auf bisher durchgeführte psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlungen und durch widersprüchliche Aussagen (act. II 270.6 S. 10 Ziff. 6.2) – diverse Inkonsistenzen ergeben, sondern auch in der rheumatologischen (act. II 270.3 S. 11 ff. Ziff. 6.2), der neurologischen (act. II 270.4 S. 9 Ziff. 6.2) und besonders auch in der neuropsychologischen Begutachtung (act. II 270.7 S. 5 ff.), so dass in vier von fünf Teilgutachten Hinweise für eine Aggravation vorlagen. Ganz besonders in der neuropsychologischen Untersuchung zeigten sich in allen drei eingesetzten Beschwerdevalidierungstests Ergebnisse unter dem Bereich, der bei randomisiertem Antwortverhalten üblicherweise beobachtet werden kann. Mit anderen Worten lag die Leistung der Beschwerdeführerin "statistisch signifikant unter dem Zufallsniveau", so dass der neuropsychologische Gutachter von einer gezielten Manipulation der Testergebnisse ausgehen musste (S. 6). Darüber hinaus wurden die entsprechenden Diskrepanzen nicht isoliert anlässlich der MEDAS-Begutachtung festgestellt, sondern es finden sich an verschiedenen Stellen der Vorakten Hinweise auf Inkonsistenzen: So hatte der neurologische Gutachter Dr. med. F. _____ bereits in seinem Gutachten vom 30. März 2021 (act. II 247.4 S. 1 ff.) zu Handen der zuständigen Krankenversicherung festgestellt, dass die angegebenen Beschwerden in weiten Teilen nicht durch Befunde belegt werden könnten (act. II 247 S. 25 Ziff. 2), und er bestätigte diese Einschätzung in seinem zweiten Gutachten vom 16. Februar 2022 (act. II 247.4 S. 80 Ziff. 2). Ebenso anerkannten auch die behandelnden Fachpersonen der Klinik H. _____ in ihrer Stellungnahme vom 20. September 2024 (act. II 276 S. 4) explizit "eine Tendenz zur Aggravation". Die dort aufgeworfene Frage einer allenfalls vorliegenden Persönlichkeitsstörung (S. 6) findet hingegen – entgegen den Vorbringen in der Beschwerde (S. 6 Rz. 13) – in den vorliegenden Akten keinen Rückhalt, haben doch weder die behandelnden Ärzte der Klinik D. _____ in ihrem Austrittsbericht vom 23. Juli 2021 (act. II 195) noch die Behandler der Klinik H. _____ im Bericht vom 21. November 2021 (act. II 223) oder der psychiatrische Gutachter Prof. Dr. med. G. _____ in seiner Expertise vom 11. April 2022 (act. II 247.4 S. 108 ff.) Hinweise auf eine solche Diagnose festgehalten. Darüber hinaus hat sich die psychiatrische MEDAS-Gutachterin dipl. Ärztin N. _____ in ihrem Teilgutachten vom 31. Mai

2024 (act. II 270.6) mit den bis anhin gestellten psychiatrischen Diagnosen auseinandergesetzt und nachvollziehbar begründet, weshalb sie diese nicht stellen konnte (S. 10 f.). Was schliesslich den Hinweis auf die bereits durchgeführten – teils stationären, teils ambulanten – psychiatrischen Behandlungen betrifft (Beschwerde S. 6 Rz. 14), ist festzuhalten, dass seitens der Klinik D._____ zwar zunächst eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) diagnostiziert (act. II 182 S. 4), jedoch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert, sondern vielmehr auf den engen Konnex mit somatischen und psychosozialen Faktoren hingewiesen worden war. Anlässlich des Austritts aus dem teilstationären Aufenthalt von April 2021 bis Juni 2021 wurde nunmehr eine leichte bis mittelgradige depressive Episode diagnostiziert – welche sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren lässt (vgl. dazu BGE 148 V 49) – und bei ebenfalls diagnostizierter Fibromyalgie (vgl. dazu BGE 141 V 281 E. 10.2 S. 311) eine Arbeitsunfähigkeit einzig für die Zeit der teilstationären Behandlung und zwei weitere Wochen attestiert (act. II 195 S. 4). Gegen das Vorliegen eines erheblichen psychischen Gesundheitsschadens spricht denn auch der Hinweis im Austrittsbericht der Klinik H._____ vom 21. November 2022 (act. II 223 S. 4) auf die nur in grossem zeitlichen Abstand (alle vier bis sechs Wochen) stattfindende psychotherapeutische Begleitung.

Soweit die Beschwerdeführerin bemängelt, dass die im MEDAS-Gutachten postulierte Überwindbarkeitsvermutung im Widerspruch zur diesbezüglichen bundesgerichtlichen Rechtsprechung stehe (Beschwerde S. 7 Ziff. 16 f.) und hierzu auf eine Textpassage aus der polydisziplinären Gesamtbeurteilung verweist, hat die Beschwerdegegnerin überzeugend dargelegt (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 8), dass es sich dabei nicht um einen Anwendungsfall der Überwindbarkeitspraxis handelt. Vielmehr hat die rheumatologische Gutachterin Dr. med. K._____ allein auf eine durch eine Gewichtsreduktion erzielbare Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit hingewiesen. Eine solche potenzielle Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ist vorliegend aber ohne Bedeutung, da so oder anders zur Invaliditätsbemessung auf die Zumutbarkeit in einer angepassten Tätigkeit abzustellen ist (vgl. E. 4 nachfolgend). Dass zudem eine Chronifizierung der geltend gemachten Beschwerden im MEDAS-Gutachten nicht berück-

sichtigt wurde (Beschwerde S. 7 Rz. 18), ist durch den Umstand zu begründen, dass lediglich auf dem rheumatologischen Fachgebiet Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestiert wurden, das diesbezüglich geltend gemachte Ausmass der Schmerzen aber nicht objektiviert werden konnte und zudem aus rheumatologischer Sicht noch diverse Therapieoptionen offenstehen (vgl. Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 9). Auch bezüglich dem von der Beschwerdeführerin postulierten Widerspruch der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit und dem tatsächlichen Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin in Beruf und Alltag (Beschwerde S. 7 f. Rz. 19 f.) hat die Beschwerdegegnerin überzeugend festgehalten, dass die geltend gemachten Einschränkungen in der Alltagsgestaltung den Gutachtern bekannt waren und von diesen gewürdigt wurden (Beschwerdeantwort S. 3 f. Ziff. 10). Die entsprechende Schlussfolgerung, dass die beklagten Beschwerden nicht erklärbar und die angegebene Passivität aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar seien, überzeugen insbesondere in Anbetracht der vorerwähnten diversen Inkonsistenzen und der naheliegenden Vermutung einer gezielten Manipulation der neuropsychologischen Testergebnisse.

Was schliesslich die in der Eingabe vom 22. Januar 2025 von der Beschwerdeführerin thematisierte familiäre Situation (Pflege der Mutter bis zu deren Tod im Jahr 2018, Reise zum Vater nach ...) betrifft, handelt es sich hierbei um Nebenpunkte, welche aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht ins Gewicht fallen und jedenfalls am Schluss, dass auf die MEDAS-gutachterliche Einschätzung abzustellen ist, nichts zu ändern vermögen.

3.5.3 Der Sachverhalt erweist sich nach den vorstehenden Ausführungen als rechtsgenügend abgeklärt, weshalb sich weitere medizinische Sachverhaltserhebungen – insbesondere auch die eventualiter beantragte polydisziplinäre Begutachtung (Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren 3 sowie S. 8 Rz. 22) – in antizipierter Beweiswürdigung erübrigen (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; Urteil des BGer 9C_298/2024 vom 14. August 2024 E. 5.2, zur Publikation vorgesehen; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4).

3.6 Nach dem Dargelegten ist – entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin – auf das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 19. August 2024 (act. II 270.1 bis 270.7) abzustellen. Mit den Gutachtern ist davon auszugehen, dass aufgrund der degenerativen Leiden an der Wirbelsäule und an beiden Füßen ab November 2021 in der angestammten Tätigkeit eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 50 % sowie in einer optimal angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % vorliegt (act. II 270.1 S. 13 f.).

4.

4.1 Nachdem im Rahmen der Rentenabweisung im Jahr 2015 noch von einem Status mit 60 % Erwerbstätigkeit und 40 % Haushaltstätigkeit ausgegangen (act. II 127 S. 2) und in der Verfügung vom 11. August 2017 einzig die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit thematisiert worden war (vgl. act. II 155 S. 1), ging die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 1. November 2024 (act. II 280) nun in Anwendung der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs davon aus, dass die Beschwerdeführerin als Gesunde in einem Umfang von 100 % arbeitstätig wäre, was angesichts der nunmehr volljährigen Kinder (Jahrgang 19XX und Jahrgang 19XX) überzeugt und von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten ist. Auf der Grundlage des vorstehend festgestellten Zumutbarkeitsprofils (E. 3.6 hiervor) ist der IV-Grad anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.4 hiervor).

4.1.1 Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Per-

son bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV).

4.1.2 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26^{bis} Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden für den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2023 vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (aArt. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Ab dem 1. Januar 2024 werden vom statistisch bestimmten Wert nach Abs. 2 10 % abgezogen. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden 20 % abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der seit 1. Januar 2024 geltenden Fassung).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 150 V 67 E. 4.1 S. 69, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 IVV). Unter Berücksichtigung der ab November 2021 attestierten Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 50 % in der angestammten Tätigkeit (E. 3.5 f. hiervor) und der Neuanmeldung im Juni 2022 (act. II 205) fällt der frühestmögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (Wartezeit) i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG (Karenzfrist von sechs Monaten) auf Dezember 2022. Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich durchzuführen.

4.3

4.3.1 Die Beschwerdeführerin war zuletzt bis Mai 2021 als ... bei der Q._____ AG in einem Teilzeitpensum von 40 % arbeitstätig (vgl. Fragebogen für Arbeitgebende [act. II 216]). Diese Anstellung wurde durch die Arbeitgeberin aus gesundheitlichen Gründen gekündigt, so dass mangels gegenteiliger Hinweise davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Einschränkung weiterhin in der gleichen Stelle tätig wäre. Das Valideneinkommen ist deshalb aufgrund des zuletzt – ohne Invalidität – erzielten Einkommens festzusetzen (vgl. E. 4.1.1 hiavor). Gemäss Bericht der Arbeitgeberin vom 31. August 2022 (act. II 216) betrug der letzte Lohn bei einem Arbeitspensum von 40 % im Jahr 2020 Fr. 23'000.– (S. 2 Ziff. 2.10). Umgerechnet auf ein Pensum von 100 % resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 57'500.– und indexiert auf das Jahr 2022 (BFS, Tabelle "Nominallohnindex nach Geschlecht", Tabelle T1.2.20, Frauen, Periode 2020 bis 2023, Zeilen 45 - 47 "Handel und Reparatur von Motorfahrzeugen", Index 2020: 100.0 bzw. 2022: 101.4 [abrufbar unter <www.bfs.admin.ch>]) resultiert ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 58'305.– pro Jahr (Fr. 57'500.– /100.0 x 101.4). Vom so ermittelten Einkommen ist zugunsten der Beschwerdeführerin für den Einkommensvergleich auszugehen, zumal bei Abstellen auf den hinsichtlich Wirtschaftszweig spezifischeren, jedoch geschlechtsunabhängigen Tabellenwert gemäss BFS, Tabelle "Nominallohnindex", Tabelle T1.20, Total, Periode 2020 bis 2023, Zeile 47 "Detailhandel", Index 2020: 100.0 bzw. 2022: 100.6 ein tieferes hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 57'845.– (Fr. 57'500.– /100.0 x 100.6) resultieren würde.

4.3.2 Da die Beschwerdeführerin keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen aufgrund des Tabellenlohns zu bestimmen. Für das Jahr 2022 beträgt der massgebliche monatliche Bruttolohn gemäss der Tabelle TA1 der LSE 2022 (abrufbar unter <www.bfs.admin.ch>) Fr. 4'367.– (Total, Frauen, Kompetenzniveau 1 [einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art]). Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (ebenfalls abrufbar unter <www.bfs.admin.ch>) ergibt sich ein jährliches Einkommen von Fr. 54'631.20 (Fr. 4'367.– x 12 / 40 x 41.7). Bei einer attestierten Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit ist in Anwendung von Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023

gültig gewesenen Fassung kein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen (vgl. E. 4.1.2 hiervor).

4.3.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 58'305.– und einem Invalideneinkommen von Fr. 54'631.20 resultiert ein IV-Grad von gerundet 6 % ($[(\text{Fr. } 58'305.- \text{ ./. Fr. } 54'631.20)] / \text{Fr. } 58'305.- \times 100$; zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 196, 8C_575/2018 E. 7.1), womit ab November 2022 kein Anspruch auf eine Rente besteht (vgl. E. 2.3 vorstehend).

4.4 Soweit mit der Beschwerdegegnerin per 1. Januar 2024 gestützt auf Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV vom nach Abs. 2 statistisch bestimmten Wert 10 % abgezogen wird (vgl. E. 4.1.2 hiervor), ergibt sich Folgendes:

4.4.1 Indexiert auf das Jahr 2023 (die Zahlen von 2024 liegen noch nicht vor) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 59'282.50 ($\text{Fr. } 58'305.- / 101.4 \times 103.1$ [Nominallohnindex Tabelle T1.2.20, Frauen, Periode 2020 bis 2023, Zeile G "Handel und Reparatur von Motorfahrzeugen", Index 2022: 101.4 bzw. 2023: 103.1]).

4.4.2 Was das Invalideneinkommen betrifft, resultiert indexiert auf das Jahr 2023 (die Zahlen von 2024 liegen noch nicht vor) und unter Berücksichtigung eines Abzugs von 10 % ein Betrag von Fr. 50'040.85 ($\text{Fr. } 4'367.- \times 12 / 40 \times 41.7 / 101.4 \times 103.2$ [Nominallohnindex Tabelle T1.2.20, Frauen, Periode 2020 bis 2023, Total, Index 2022: 101.4 bzw. 2023: 103.2] ./. 10 %).

4.4.3 Ab 2024 resultiert bei einem Valideneinkommen von Fr. 59'282.50 und einem Invalideneinkommen von Fr. 50'040.85 ein IV-Grad von gerundet 16 % ($[(\text{Fr. } 59'282.50 \text{ ./. Fr. } 50'040.85)] / \text{Fr. } 59'282.50 \times 100$), womit die Beschwerdeführerin auch ab dem 1. Januar 2024 keinen Anspruch auf eine Rente hat (vgl. E. 2.3 vorstehend).

5.

Nach dem hiervor Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 1. November 2024 (act. II 280) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

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

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

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine 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
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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