

BL_GERICHTE 720 23 222 / 85 vom 12. Juni 2023

BL Gerichte, 2023-06-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_23_222_85

FR: BL_GERICHTE 720 23 222 / 85 du 12 juin 2023

IT: BL_GERICHTE 720 23 222 / 85 del 12 giugno 2023

Regeste

Invalidenrente: Beweiskraft des im Verwaltungsverfahren eingeholten externen Gutachtens; die Vorbringen der Beschwerdeführerin und ihres behandelnden Arztes vermögen keine Zweifel an den Ergebnissen des Gutachtens zu wecken.

Erwägungen

E. 2

Vorab ist auf die Rüge der Beschwerdeführerin, ihr Anspruch auf rechtliches Gehör sei verletzt worden, einzugehen. Namentlich bringt sie vor, dass die Verfügung vom 12. Juni 2023 nicht ausreichend begründet gewesen sei, da die Beschwerdegegnerin weder auf ihre Vorbringen, noch auf die eingereichten Arztberichte eingegangen sei. Der Versicherten ist dahingehend beizupflichten, dass nach Art. 49 Abs. 3 ATSG Verfügungen zu begründen sind, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen. Zweck der Begründungspflicht als Teilgehalt des verfassungsmässigen Anspruchs auf rechtliches Gehör (Art. 29 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV] vom 18. April 1999) ist insbesondere, sicherzustellen, dass die betroffene Person die Verfügung sachgerecht anfechten kann. Die Begründung muss kurz die wesentlichen Überlegungen nennen, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sie ihren Entscheid stützt (BGE 142 III 433 E. 4.3.2 mit Hinweisen, 136 I 184 E. 2.2.1). Im vorliegenden Fall haben einerseits die Beschwerdeführerin, vertreten durch eine gemeinnützige Organisation, und andererseits der behandelnde Psychiater Einwandschreiben eingereicht. Tatsächlich hat sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen mit den Vorbringen des behandelnden Facharztes auseinandergesetzt. Dennoch geht aus der Verfügung vom 12. Juni 2023 ohne Weiteres hervor, von welchen Überlegungen sich die Beschwerdegegnerin bei ihrem Entscheid leiten liess und es war der Beschwerdeführerin möglich, die Verfügung sachgerecht anzufechten. Dies wird auch aus der ausführlichen Beschwerdebegündung deutlich. In ihrer im Rahmen dieses Beschwerdeverfahrens eingereichten Vernehmlassung inklusive dreier Stellungnahmen ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) hat die IV-Stelle ausserdem ausführlich zu den Vorbringen der Beschwerdeführerin Stellung genommen. Indem das Kantonsgericht, welches in IV-Beschwerdeverfahren gemäss § 57 VPO über eine uneingeschränkte Kognition verfügt, der Beschwerdeführerin ein umfassendes Replikrecht zur dieser Vernehmlassung der IV-Stelle eingeräumt hat, wäre eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs der Versicherten in jedem Fall als geheilt zu betrachten (vgl. BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweisen).

E. 3

Materiell strittig und zu beurteilen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung

vom 12. Juni 2023 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). 4.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist. 4.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 4.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. In BGE 143 V 409 und 143 V 418 hat das Bundesgericht entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses für somatoforme Leiden entwickelte Vorgehen definiert systematisierte Indikatoren, die – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 bis 3.6 und 4.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2). 4.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (Allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V

30 E. 1). 5.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. 5.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen). 5.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 5.4 Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativoder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher

Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen). 5.5. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2018, 9C_273/2017, E. 3.1). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

E. 6

Zur Beurteilung des vorliegenden Falles liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den vorliegenden Entscheid als zentral erweisen.

E. 6.1

Im Auftrag des Taggeldversicherers erstattete Dr. med. D. , FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, am 10. Mai 2020 ein spezialärztliches Gutachten. Die Versicherte beklage Schmerzen in der rechten Hand, die den Faustschluss limitieren würden, eine 30-minütige Morgensteifigkeit sowie abends zunehmende Schmerzen über der rechten Hand und in der tiefen Lumbalregion. Aufgrund von Fersenschmerzen könne sie keine längeren Gehstrecken mehr unternehmen. Dr. D. diagnostizierte Arthralgien in den Fingergrund- und Fingermittelgelenken sowie den Zehengelenken bei unauffälligen Entzündungszeichen, einen Status nach Tendovaginitis der Beugesehne 3 an der rechten Hand, einen Verdacht auf einen essenziellen Tremor rechtsbetont, ein Karpaltunnelsyndrom beidseits, subjektiv kognitive Störungen mit Vergesslichkeit, eine geringgradige Epikondylopathie des humeri radialis rechts, einen Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit bei intermittierend linksthorakalem Druck sowie gelegentliche Lumbalgien. Die von der Versicherten geschilderten Beschwerden würden nicht mit den vorliegenden klinischen und radiologischen Befunden korrelieren. In der gesamten Untersuchung sei ein Aggravationsverhalten, teilweise auch mit betonter Selbstlimitation und Verlangsamung der Bewegungsabläufe demonstriert worden. Es ergebe sich aufgrund der objektiven Befunde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Auch für angepasste Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe keine höhergradige Einschränkung. Repetitive Tätigkeiten der rechten Hand, Tätigkeiten, die einen verstärkten Faustschluss der rechten Hand erfordern würden, sowie längeres Gehen auf unebenem Boden sollten bloss selten ausgeführt werden. Ferner seien feinmotorische Tätigkeiten für die rechte Hand sowie Tätigkeiten, die höhere kognitive Reaktionen bzw. Gedächtnisleistungen erfordern, bloss in Ausnahmefällen zumutbar.

E. 6.2

Mit Bericht vom 27. Mai 2020 diagnostizierte der behandelnde Facharzt Dr. med. E. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Episode, aktuell mittelschwer mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach plötzlichem Unfalltod von Verwandten (ICD-10 F43.1)

sowie eine Belastungsreaktion nach Arbeitskündigung nach 14-jähriger Tätigkeit in dieser Stelle (ICD-10 F43.22). Somatisch würden ferner Arthrosebeschwerden vorliegen. Die Patientin sei bereits im Jahr 2017 wegen eines depressiven Zustandes während dreier Termine bei ihm in Behandlung gewesen. Seit 9. September 2019 fände eine weitere therapeutische Intervention statt wegen erneuter Depressivität nach einer Kündigung seitens der Firma, die nach einem Brand nicht wiedereröffnet werde. Die Patientin beschreibe Vergesslichkeit, Trauer ob der Kündigung, schlechten Schlaf, Grübeln, Schwindelgefühle und Ratlosigkeit. Aufgrund der Vergesslichkeit sei es in der Küche der Patientin zu einem Brandschaden gekommen, als diese den Herd angelassen habe. Sie beklage ferner starken Ärger, Dysphorie, Freudlosigkeit, Nervosität im Umgang mit der Familie und Bekannten und verminderte Energie. Zusätzlich trauere die Patientin nach einem schweren Autounfall, wo drei Verwandte verstorben seien. Seither erlebe sie drehende Bilder von der Beerdigung und grübelnde Gedanken an den Unfall. Sie sei nicht arbeitsfähig.

E. 6.3

In seinem Arztbericht zuhanden der IV-Stelle vom 19. August 2020 ergänzte Dr. E. , dass die Patientin an fortdauernder Depressivität und Trauer ob des Arbeitsplatzverlustes und des Verlustes ihrer Angehörigen leide. Zusätzlich sei es zu einer Verstärkung der körperlichen Symptome (Rheuma, muskuläre Beschwerden) gekommen. Diagnostiziert werde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.10), ängstliche Persönlichkeitsstrukturen sowie aus somatischer Sicht eine Rheumaerkrankung und Folgen von repetitiver Arbeit in einer Verzinkerei, eventuell auch Folgen der jahrelangen Exposition mit Galvanisierdämpfen.

E. 6.4

Der behandelnde Hausarzt Dr. med. F. , FMH Innere Medizin, diagnostizierte in seinem Bericht zuhanden der IV-Stelle vom 9. September 2020 (Eingang) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: (1) einen Verdacht auf eine periphere Spondylarthropathie, differenzialdiagnostisch reaktiv, differenzialdiagnostisch Psoriasis-Arthritis bei Status nach palmarer Keratose, differenzialdiagnostisch: Psoriasis, nach verschiedenen bildgebenden Untersuchungen und Status nach Infiltration der Flexorensehnscheide dig III rechts im Oktober 2019; (2) eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.10); (3) ängstliche Persönlichkeitsstrukturen; (3) eine Epicondylopathia humeroradialis rechts; (4) ein zervikovertebrales Schmerzsyndrom; (5) ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom; (6) einen Verdacht auf einen essentiellen Tremor rechtsbetont; (7) eine nichtstenosierende koronare Herzkrankheit; (8) eine beginnende Fingerpolyarthrose, differenzialdiagnostisch bei Diagnose 1; (9) ein Karpaltunnelsyndrom rechts sowie (10) subjektiv kognitive Störungen mit Vergesslichkeit. Die Patientin sei seit Oktober 2019 bis auf Weiteres in jeder Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig; dies aufgrund der zunehmenden Schmerzproblematik, vor allem in den Händen, der Leistungs- und Kraftminderung, der verminderten Belastbarkeit und der Konzentrationsminderung.

E. 6.5

Gemäss Austrittbericht vom 27. Oktober 2020 befand sich die Versicherte vom 7. September 2020 bis 22. Oktober 2020 in der G. , Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Klinik G.) in stationärer Behandlung. Bei Eintritt habe die Patientin berichtet, dass sich ihre Befindlichkeit seit zwei bis drei Wochen verschlechtert habe. Sie leide neben dem

verminderten Antrieb und der Freudlosigkeit an einer Durchschlafstörung, einem Schweregefühl im Kopfbereich, einer erhöhten Anspannung und an einer motorischen Unruhe sowie an Panikattacken, die mit Zittern verbunden seien und für die sie keinen Auslöser beschreiben könne. Sie fühle sich körperlich und psychisch völlig erschöpft. Die Kündigung beim ehemaligen Arbeitgeber habe sie als Lebenszäsur empfunden. Ferner trage sie schwer an ihrer hochbelasteten Ehe. Sie sehe keinen Lebens-sinn mehr und hege einen passiven Todeswunsch. Indessen distanzieren sie sich explizit von akuter Suizidalität, wobei sie ihre Kinder als protektiven Faktor nennt. Diagnostiziert würden eine rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), Kontaklanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung (ICD-10 Z60) sowie Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73). Der Austritt sei auf Wunsch der Patientin vorzeitig erfolgt, damit sie an der Beerdigung eines nahen Verwandten im Ausland teilnehmen könne.

E. 6.6

Die Ärzteschaft der Klinik G. berichtete am 29. Dezember 2020 über die zweite stationäre Behandlung der Versicherten vom 26. November 2020 bis 25. Dezember 2020. In Bezug auf die gestellten Diagnosen sei keine Änderung zu verzeichnen. Die Patientin gebe an, über den Tod ihrer Verwandten sehr erschüttert und traurig zu sein. Im Verlauf des Aufenthalts habe die Patientin über eine subjektive Besserung der Befindlichkeit berichtet, sie sei weniger traurig und leide weniger unter Gedankenkreisen. Ihre Tochter sei eine wertvolle Ressource und eine grosse Hilfe im Alltag. Während des Aufenthalts sei die Patientin positiv auf SARS-Cov-2 getestet worden. Es sei vereinbart worden, dass sie sich zu Hause isoliere. Einen Wiedereintritt nach überstandener Infektion habe die Patientin nicht gewünscht.

E. 6.7

Eine neuropsychologische Untersuchung der Versicherten ergab gemäss Befundbericht vom 10. Februar 2022 gesamthaft eine mittelschwere neuropsychologische Störung mit Fokus auf den Aufmerksamkeitsfunktionen (Verlangsamung) und mnestischen Funktionen, ätiologisch am ehesten der psychiatrischen Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig, zuzuordnen. Klinisch falle die Patientin auf durch eine leicht reduzierte allgemeine Aufmerksamkeit und schwankende konzentrierte Belastbarkeit mit rascher Ermüdung, kognitiver und psychomotorischer Verlangsamung, Vergessen von Instruktionen, Perseverationen, reduzierter Fehlerkontrolle und einem reduzierten Instruktionsverständnis (auf Türkisch). Aufgrund der geringen Anzahl Schuljahre und der dadurch erschwerten Interpretierbarkeit der Befunde sei eine reduzierte neurologische Testung erfolgt. In der Abklärung hätten sich unterdurchschnittliche Leistungen in der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit und Aufmerksamkeitsfunktionen (visuell-motorische Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit), den mnestischen Funktionen (verbal-auditive Merkspanne, verbale Lernleistung, verbale und figurale Abrufleistung, verbale Wiedererkennungslleistung), den Exekutivfunktionen (semantische und figurale Flüssigkeit), den visuellen Wahrnehmungsfunktionen und Visuokonstruktion sowie den sprachlichen Fähigkeiten (Benennen) ergeben. Durchschnittliche Ergebnisse erziele die Explorandin in der Gestaltwahrnehmung. Die Beeinträchtigungen in der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit und den Aufmerksamkeitsfunktionen seien gesamthaft schwer ausgeprägt (Verlangsamung). Die mnestischen Funktionen, die visuellen Wahrnehmungsfunktionen und Visuokonstruktion sowie die sprachlichen Fähigkeiten seien

mittelschwer, die Exekutivfunktionen leicht beeinträchtigt. Die Auffälligkeiten bezüglich der visuellen Wahrnehmung und der Sprache seien am ehesten bildungsbedingt.

E. 6.8

Die IV-Stelle veranlasste zur Abklärung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten bei der MEDAS Bern eine interdisziplinäre Begutachtung in den Fachrichtungen Orthopädie, Psychiatrie und Neuropsychologie, Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie. Mit Gutachten vom 6. Oktober 2022 diagnostizierten die involvierten Fachärzte (1) eine nichtauthentische neuropsychologische Störung in mehreren Bereichen bei Aggravation (falls bewusstseinsnahes Verhalten) respektive Verdeutlichung (falls bewusstseinsfern Verhalten); (2) Probleme in Bezug auf Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung (ICD-10 Z 73) bei Status nach sich wiederholenden psychosozialen Problemen und Todesfällen, die zu einer Anpassungs-problematik sowie Trauer mit leichten affektiven Störungen geführt hätten, jedoch ohne dauernde Arbeitsunfähigkeit; (3) eine chronische Lumbalgie bei mediolinkslateraler Diskusextrusion LWK 3/4 mit möglicher Kompression der Wurzel L 4 unter Belastung sowie einer weiteren medianen Extrusion LWK 4/5 ohne Wurzelkompression; (4) eine Fehlhaltung der Wirbelsäule bei starkem Rundrücken und Hohlkreuz mit muskulärer Dysbalance; (5) eine fragliche Plantar-Enthesopathie rechts; (6) einen beginnender Knick-/Spreizfuss beidseits; (7) eine beginnende Polyarthrose vorwiegend rechts; (8) eine geringgradige Epicondylopathia radialis rechts; (9) ein geringgradiges Karpaltunnelsyndrom beidseits (sonografisch beidseits, jedoch nur links neurografisch bestätigt); (10) Thoraxschmerzen und Anstrengungsdyspnoe unklarer Ursache, differenzialdiagnostisch am ehesten bei mikrovaskulärer Komponente; (11) einen persistierenden Nikotinabusus; (12) einen Eisen- und Vitamin B-12-Mangel, medikamentös ausgeglichen; sowie diverse Statusdiagnosen.

E. 6.8.1

In seinem orthopädischen Teilgutachten führte Dr. med. H. , Facharzt für orthopädische Chirurgie, aus, dass die Explorandin angebe, seit ein oder zwei Jahren an belastungsabhängigen Schmerzen an der Wirbelsäule, im Ellbogengelenk und in den Händen und Füßen zu leiden. Die Ellbogenschmerzen hätten sich etwas gebessert, die weiteren Beschwerden dauerten an. Sie könne nicht lange sitzen, habe aber auch Probleme, lange zu stehen und zu gehen. Sie leide vor allem nachts an einem Einschlafgefühl in den Händen mit Dominanz rechts. Sie sei sehr müde und würde tagsüber lange schlafen, da sie vor allem in der Nacht nicht zur Ruhe komme. Es fehle ihr an Fingerfertigkeit und Kraft, sie habe erhebliche belastungsabhängige Schmerzen in den Fingergelenken mit Schwellneigung. Sie habe keine Ausdauer mehr und eine fehlende Konzentration. In der klinischen Untersuchung habe die Explorandin erhebliche Gegenspannungen und eine verstärkte Mimik gezeigt. Labormässig könnten die angegebenen Schmerzen nicht bestätigt werden (diskreter oder kein Nachweis von Analgetika). Insgesamt zeige sie eine deutliche Überbetonung der Beschwerden. Die Explorandin zeige in der Gesamtschau einen altersentsprechenden Befund mit bloss geringen Einschränkungen, die durch konservative Massnahmen weitgehend behoben werden könnten. Die feststellbaren deutlichen Inkonsistenzen, der weitgehend fehlende Einsatz von Analgetika sowie die in anderen gutachterlichen Untersuchungen festgestellten Inkonsistenzen und Widersprüche würden für einen weit geringeren Leidensdruck als angegeben sprechen. Anhand der jetzigen Befunde zeige sich keine operative Indikation. Der Bandscheibenvorfall Anfang des Jahres trage zu einer Minderung der funktionellen Belastbarkeit bei. Der Versicherten seien

aufgrund des orthopädischen Befundes leichte bis teilweise mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis 15 kg in rückenschulgerechter Haltung, im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen in temperierten Räumen vollschichtig ohne Leistungsminderung zumutbar. In der angestammten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin bestehe eine Leistungsminderung von 30% bei ganztägiger Präsenz.

E. 6.8.2

In der psychiatrischen Exploration habe die Versicherte angegeben, sich unruhig zu fühlen, schlecht zu schlafen und teilweise etwas traurig zu sein. Früher sei sie gerne in die Ferien gegangen und habe sich gerne schön angezogen, heute habe sie kein Geld mehr dazu und auch keine Lust. Sie habe auch gerne gearbeitet. Sie sei manchmal etwas reizbar, dies hänge insbesondere mit dem Verhalten ihres Ehemannes zusammen. Auch suizidale Gedanken habe sie schon gehabt, sie wisse aber nicht, wie sie es machen wolle. Manchmal falle es ihr schwer, Entscheidungen zu treffen, dies sei aber eigentlich schon immer so gewesen. Sie habe viele Kolleginnen und treffe sich praktisch jeden Tag mit einer von ihnen. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. I., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Befund fest, dass die Explorandin im Gespräch leicht unstrukturiert sei und mitunter leichte Gedankensprünge mache, etwas weitschweifig und mitteilungsbedürftig sei, klagsam und stellenweise weinerlich wirke. Sie gebe sich themenbezogen etwas besorgt, die Stimmung sei indessen nicht depressiv, die emotionale Schwingungsfähigkeit sei erhalten. Kognitive Defizite hätten sich im Rahmen der psychiatrischen Exploration nicht ergeben, der Antrieb sei ungestört. Bei der Versicherten hätten sich im Rahmen der Untersuchung keine versicherungsmedizinisch bedeutsamen Auffälligkeiten ergeben, namentlich liege keine affektive Störung vor. Vielmehr seien psychosoziale Probleme anzunehmen, wie sie auch von der Explorandin geschildert worden seien. Im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens sind auch die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung vom 1. Juni 2022 gewürdigt worden. Bei der neuropsychologischen Abklärung habe sich die Explorandin klinisch in allen vier Modalitäten unsicher orientiert gezeigt. Zwischendurch habe sie schwer besinnlich gewirkt, dann wieder völlig normal. Das Arbeitstempo sei unabhängig von der Aufgabenschwere schwankend gewesen und deutlich langsam, sobald die Zeit für die Aufgabenbearbeitung gestoppt worden sei. Objektiv hätten sich Resultate mit bis zu schweren Defiziten in mehreren kognitiven Bereichen ergeben. Die gezeigten Leistungen seien jedoch überwiegend wahrscheinlich nicht valide. In der Leistungsvalidierung hätten sich deutlich auffällige Ergebnisse ergeben mit Resultaten im Zufallsbereich, die sich sonst nur bei schwersten Gedächtnisstörungen bei fortgeschrittener Demenz zeigen würden. Ferner hätten sich Inkonsistenzen innerhalb und zwischen den Tests, zwischen den Testleistungen und den direkt beobachteten Verhalten und Fähigkeiten, zwischen den Testleistungen und dem aufgrund der Entwicklung und den medizinischen Akten zu erwartenden Funktionsniveau, zwischen den subjektiven Angaben und den dokumentierten Symptomen, zwischen den subjektiven Angaben und der klinischen Beobachtung sowie zwischen den subjektiven Angaben und den Alltagsaktivitäten gezeigt. Es sei von einer nichtauthentischen neuropsychologischen Störung in mehreren Bereichen auszugehen bei Verdeutlichung, wenn das Verhalten mehrheitlich unbewusst gesteuert werde, oder bei einer bewussten Aggravation. Ob eine maximal leichte kognitive Störung dennoch vorhanden sei, entziehe sich aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung der Probandin den Erkenntnismöglichkeiten des Fachpsychologen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Explorandin insgesamt in jeder Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig. Bis auf zeitweilig vorhandene Anpassungsprobleme, die

aus der Kündigung des Arbeitsplatzes, den häuslichen Schwierigkeiten im Zusammenleben mit dem Partner sowie dem Ableben verschiedener Familienangehörigen resultiert seien, könnten auch retrospektiv keine versicherungsmedizinisch bedeutsamen psychiatrischen Erkrankungen dargestellt werden. Entsprechend könnten auch retrospektiv bis auf die Zeiten der beiden stationären psychiatrischen Aufenthalte keine längeren Phasen der Arbeitsunfähigkeit attestiert werden.

E. 6.8.3

Dr. med. J. , FMH Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem allgemeininternistischen Teilgutachten fest, dass die Explorandin weder spontan noch in der Systemanalyse Beschwerden aus dem allgemeininternistischen Bereich im engeren Sinne geschildert habe. Feststellbar sei ein persistierender Nikotinabusus und ein Eisen- und Vitamin B12-Mangel, beide medikamentös ausgeglichen, sowie anamnestisch verschiedene Statusdiagnosen. Die Wertung im Bereich Kardiologie erfolge in einem fachspezifischen Gutachten. Unter Berücksichtigung der objektivierbaren Befunde liege keine Einschränkung aus allgemeininternistischer Sicht vor.

E. 6.8.4

Im Rahmen der kardiologischen Begutachtung habe die Explorandin eine seit langer Zeit persistierende Anstrengungsdyspnoe sowie teilweise anstrengungsabhängige, aber auch bei Stressbelastung auftretende retrosternale Schmerzen beschrieben. Die körperliche Untersuchung und das Ruhe-EKG seien unauffällig gewesen. Echokardiografisch habe sich von transthorakal ein Normalbefund gezeigt, bei der Fahrrad-Ergometrie habe eine leicht eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit objektiviert werden können (bei vorzeitigem Abbruch vor allem wegen Schmerzen in den Beinen und im Rücken). Zusammenfassend könne aufgrund der Anamnese und der bisher erhobenen Untersuchungsbefunde am ehesten von einer mikrovaskulären Komponente als Ursache für die beklagten Beschwerden ausgegangen werden, differenzialdiagnostisch auch bei möglichen, intermittierend auftretenden erhöhten Blutdruckwerten. Aus kardiologischer Sicht bestehe aktuell keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

E. 6.8.5

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung stellten die involvierten Gutachter fest, dass die versicherungsmedizinische Bewertung des Funktions- und Fähigkeitsprofils angesichts der mehrfachen und erheblichen negativen Antwort- und Leistungsverzerrungen lediglich auf medizinischtheoretischer Grundlage erfolgen könne. Aufgrund der bestehenden muskuloskelettalen Gesundheitsstörungen sei die Versicherte leicht eingeschränkt hinsichtlich der Rücken- und Handbelastbarkeit rechts. Es gelte das aus orthopädischer Sicht festgehaltene Zumutbarkeitsprofil. Vermieden werden sollten mittelschwere bis schwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten über 15 kg, ausserhalb des Körperlotes, ruckartige Bewegungen, Tätigkeiten vorwiegend mit nach vorne geneigtem Oberkörper oder mit ausschliesslichem Stehen oder Gehbelastung. Vermieden werden sollten ferner Tätigkeiten der rechten Hand mit verstärktem Faustschluss und spezieller Feinmotorik. Die Versicherte solle keiner Kälte, Zugluft oder Nässe ausgesetzt sein. Es könne lediglich für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% festgestellt werden. In einer dem Zumutbarkeitsprofil entsprechenden Tätigkeit des ersten Arbeitsmarktes sei sowohl aktuell als auch retrospektiv – abgesehen von den Zeiten der stationären Hospitalisation – eine volle Arbeitsfähigkeit

gegeben.

E. 6.9

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens äusserte sich der behandelnde Psychiater Dr. E. in zwei weiteren Berichten. Mit Arztbericht vom 16. Januar 2023 diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.1), chronifiziert, sowie eine ausgeprägte Vergesslichkeit und aus somatischer Sicht chronische Schmerzen am Rücken, in den Armen und Rheuma. Bei der Patientin seien neben den Symptomen und Einschränkungen der Diagnose auch der chronische Verlauf und die mangelnden bildungsmässigen Ressourcen zu berücksichtigen, die den Krankheitsverlauf und die Prognose wesentlich beeinflussen würden. Der Zustand der Patientin sei nicht bloss eine individuelle Problematik, sondern auch ein systemisch-pandemisch-konjunkturelles Problem und habe sich auch so entwickelt. Die Annahme einer 100%igen Arbeitsfähigkeit sei für ihn unverständlich. Mit Eingabe vom 6. Februar 2023 kritisierte Dr. E. ferner das eingeholte Gutachten in verschiedener Hinsicht. Er brachte vor, dass der Begutachtung für die IV-Stelle ein politischer Aspekt beiwohne, da die IV zum Sparen angehalten werde. Der psychiatrische Fachgutachter habe die Patientin bloss einmal gesehen, auch die neuropsychologische Untersuchung sei an einem Tag durchgeführt worden. Die Beurteilung basiere deshalb auf einer Momentaufnahme und den Akten. Eine Fremdanamnese sei nicht erhoben worden. Bei der Patientin seien ferner zwei Besonderheiten zu berücksichtigen: Einerseits sei sie aufgrund der geringen Schulbildung funktionell Analphabetin, andererseits sei sie aus kulturellen Gründen darauf bedacht, freundlich und lächelnd aufzutreten, was den klinischen Eindruck verfälsche. Die Patientin aus dem «Land des Lächelns» präsentiere sich gegenüber Fremden wesentlich anders, als es ein Gutachter gewohnt sei. Die kulturellen Besonderheiten sowie die Notwendigkeit eines Dolmetschers seien auch in den Testverfahren zu wenig berücksichtigt worden. Unberücksichtigt geblieben seien ferner die Exposition mit galvanisierenden Dämpfen, lebensgeschichtliche Faktoren wie die frühe Trennung von den Eltern und der frühe Arbeitsbeginn, der tragische Autounfall mit dem Tod naher Verwandten sowie die drohende Wegweisung aus der Schweiz. Er selbst gehe von einer Arbeitsfähigkeit von nicht mehr als 25% aus.

E. 7

Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 12. Juni 2023 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten auf die Ergebnisse im Gutachten der MEDAS Bern vom 6. Oktober 2022. Sie ging demzufolge davon aus, dass die Beschwerdeführerin ab Beginn des Wartejahrs im September 2020 in ihrer angestammten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin zu 70% und in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig war. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 5.4 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das Gutachten der MEDAS Bern vom 10. Oktober 2022 weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 5.3 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend,

beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation ein und beinhaltet eine Auseinandersetzung mit abweichenden Einschätzungen anderer Ärzte. Inhaltlich ist das Gutachten widerspruchsfrei und es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein.

E. 8

Was die Beschwerdeführerin vorbringt, ist nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens der MEDAS Bern vom 6. Oktober 2022 in Frage zu stellen.

E. 8.1

Vorab ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin das Gutachten in somatischer Hinsicht nicht beanstandet. Die entsprechenden Beurteilungen des allgemeininternistischen, des orthopädischen und des kardiologischen Experten der MEDAS Bern erweisen sich denn auch als schlüssig, weshalb vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Somit kann hier von weiteren Erörterungen zur gutachterlichen Beurteilung des somatischen Gesundheitszustands der Versicherten abgesehen werden.

E. 8.2

Die Rügen der Beschwerdeführerin richten sich allesamt gegen die beweisrechtliche Verwertbarkeit des psychiatrischeneuropsychologischen Fachteils des Gutachtens der MEDAS Bern. Wie im Folgenden zu zeigen sein wird, erweisen sich die entsprechenden Einwände jedoch als unbegründet.

E. 8.2.1

Die Versicherte moniert das Fehlen einer psychiatrischen Fremdanamnese, obschon eine solche wertvolle Informationen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit liefern könne. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese entscheidend. Eine Fremdanamnese und (schriftliche oder mündliche) Auskünfte der behandelnden Arztpersonen sind zwar häufig wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich. Anfragen beim behandelnden Arzt oder bei der behandelnden Ärztin sind u.a. wertvoll, wenn sie erweiterte Auskünfte über Persönlichkeit und Compliance der zu explorierenden versicherten Person erwarten lassen. Die Notwendigkeit der Einholung solcher Fremdanamnesen ist jedoch in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Oktober 2019, 8C_318/2019, E. 4.2.2.1 mit Hinweisen). Tatsächlich hat der psychiatrische Fachgutachter Dr. I. explizit auf die Einholung fremdanamnestischer Angaben verzichtet. Zur Begründung führte er aus, dass eine solche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine zusätzlichen relevanten Informationen mit Auswirkung auf die Diagnosestellung oder die Einschätzung der Leistungsfähigkeit gebracht hätte. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden. Vorliegend ist nicht ersichtlich und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht substantiiert vorgebracht, welche zusätzlichen Erkenntnisse sich aus einer Fremdanamnese ergeben könnten, zumal die Krankengeschichte durch die behandelnden Ärzte gut dokumentiert ist.

E. 8.2.2

Unter Hinweis auf die Ausführungen von Dr. E. im Rahmen des Vorbescheidverfahrens bringt die Beschwerdeführerin weiter vor, dass ihr Analphabetismus und ihre kulturelle

Herkunft zwar für sich genommen invaliditätsfremd seien, aber dennoch die Erhebung der psychiatrischen Befunde erschweren könnten. Hierzu ist festzustellen, dass sich weder aus dem psychiatrischen Teilgutachten noch aus dem Bericht zur neuropsychologischen Untersuchung irgendwelche Hinweise auf Verständigungsprobleme (bei beigezogener Dolmetscherin) ergeben. Vielmehr hielt der neuropsychologische Untersucher fest, dass für die Untersuchung ein gut ausreichendes Verständigungsniveau vorgelegen habe. Es gebe keinen Grund, die Resultate auf Kommunikationsprobleme abzuschieben (neuropsychologischer Bericht vom 8. Juli 2022, S. 6 und S. 9). Ferner sind die Ergebnisse nach Angaben des neuropsychologischen Untersuchers «wo möglich und sinnvoll» bezüglich des Alters, des Geschlechts sowie der Bildung kontrolliert worden (neuropsychologischer Bericht vom 8. Juli 2022, S. 10). Sofern die Beschwerdeführerin bzw. ihr behandelnder Psychiater geltend macht, ihr Verhalten sei aufgrund der kulturellen Herkunft verfälschend freundlich und fröhlich, muss ihr entgegengesetzt werden, dass Dr. I. in seinem Befund eine affektive Schwingungsfähigkeit erkannt hat und die Explorandin als mitteilungsbedürftig, teilweise klagsam und weinerlich und themenbezogen besorgt beschrieben hat. Ferner ist bei einem erfahrenen psychiatrischen Gutachter durchaus zu erwarten, dass eine oberflächliche Freundlichkeit von einem psychopathologischen Affekt unterschieden werden kann.

E. 8.2.3

Nichts zu ihren Gunsten ableiten kann die Beschwerdeführerin sodann aus dem Zeitablauf zwischen den Untersuchungen und der Fertigstellung des Gutachtens. Tatsächlich liegen zwischen der psychiatrischen Exploration (5. April 2022) und der Fertigstellung des Gutachtens (3. Oktober 2022) knapp sechs Monate. Zu berücksichtigen ist dabei aber auch, dass das psychiatrische Gutachten die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung zu würdigen hatte, die erst am 8. Juli 2022 vorlagen. Zwar hat die Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung als einen ihrer neu formulierten Qualitätsindikatoren die Dauer der Gutachtenserstellung genannt. Mit einer kurzen Bearbeitungsdauer soll der Gefahr von Unsicherheiten und Qualitätsproblemen entgegengewirkt werden. Dennoch handelt es sich hierbei bloss um einen Indikator, nicht um eine verbindliche Vorgabe. Im vorliegenden Fall wird weder geltend gemacht noch ist ersichtlich, inwiefern die Latenz von sechs Monaten inhaltlich zu qualitativen Einbussen geführt haben könnte. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Anamneseerhebung per Diktat durch den psychiatrischen Gutachter im Beisein der Explorandin erstellt wurde, wodurch sich die Gefahr von Unsicherheiten auch nach einem gewissen Zeitablauf deutlich verringert.

E. 8.2.4

Die Beschwerdeführerin wendet ferner ein, der psychiatrische Gutachter habe verschiedene lebensgeschichtliche Ereignisse, namentlich den äusserst schweren Verkehrsunfall, kaum gewürdigt, obwohl dieser ohne Weiteres zu einer erheblichen und anhaltenden Traumatisierung haben können. Diesbezüglich muss zunächst festgehalten werden, dass die Versicherte am fraglichen Unfall nicht selbst beteiligt gewesen ist, so dass eine Traumatisierung im Sinne eines Schreckereignisses respektive einer posttraumatischen Belastungsstörung eher nicht in Frage kommt. Indessen geht auch der Vorwurf, das Ereignis sei vom psychiatrischen Gutachter nicht gewürdigt worden, ins Leere. Tatsächlich berücksichtigt Dr. I. einen vorübergehenden Einfluss des Ereignisses auf die psychische Befindlichkeit der Versicherten und anerkennt, dass der Verlust des Cousins sowie weiterer

Angehöriger zu einer Anpassungsstörung mit stationärem Aufenthalt in der Klinik G. geführt hat.

E. 8.2.5

Auch das Vorbringen der Beschwerdeführerin bzw. ihres behandelnden Psychiaters, wonach der Fachgutachter nicht begründe, weshalb die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nicht gestellt werden könne, zielt ins Leere. Dr. I. führt im Rahmen des psychiatrischen Befundes schlüssig und nachvollziehbar aus, dass keine affektive Störung vorliege. Die Probleme, die zur psychiatrischen Hospitalisation geführt haben, seien retrospektiv als überwiegend psychosoziale Probleme sowie als Trauerreaktion im Rahmen des Todes von nahen Verwandten zu deuten. Diese Einschätzung des psychiatrischen Fachgutachters scheint im Hinblick auf die echtzeitlichen Akten nicht unplausibel zu sein. Dass zumindest im Zeitpunkt der Untersuchung die Diagnose einer depressiven Störung nicht gestellt werden konnte, erweist sich im Hinblick auf den psychiatrischen Befund, des beschriebenen Tagesablaufs der Beschwerdeführerin sowie ihrer Aktivitäten durchaus als nachvollziehbar.

E. 8.2.6

Sofern die Beschwerdeführerin geltend macht, das psychiatrische Gutachten stütze sich hauptsächlich auf die neuropsychologische Einschätzung ab, obwohl diese anerkanntermassen nicht valide sei, kann ihr ebenfalls nicht gefolgt werden. Der psychiatrische Gutachter erhebt eine eigene Anamnese und erstellt eine eigene Beurteilung. Dabei berücksichtigt und würdigt er – was für eine Begutachtung lege artis zwingend erforderlich ist – auch die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung. Dass bei dieser Untersuchung nicht-valide Testergebnisse festgestellt wurden, bedeutet indes nicht, dass der neuropsychologische Bericht unbeachtlich sein muss. Vielmehr wird aus den Testergebnissen deutlich, dass eine bewusste oder unbewusste Antwort- und Leistungsverzerrung stattgefunden hat. Dies ist bei der Beurteilung der Ressourcen und der Leistungsfähigkeit durchaus verwertbar, nämlich dahingehend, dass eine Verdeutlichung oder Aggravation vorliegt. Eine solche Verdeutlichungstendenz wurde denn auch von anderen Gutachtern wiederholt festgestellt und findet insofern Einfluss auf die Beurteilung, als dass die Gutachter der MEDAS Bern bloss ein medizinischtheoretisches Zumutbarkeitsprofil definieren konnten. Darin ist indessen kein Mangel am Gutachten zu sehen.

E. 8.3

Nach dem Ausgeführten ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit zu Recht auf das beweistaugliche Gutachten der MEDAS Bern abgestellt hat. Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, so ist dem Antrag der Beschwerdeführerin, wonach weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen seien, nicht stattzugeben. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und – als Korrelat – die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet

werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 141 I 64 E. 3.3, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

E. 9

Zu prüfen bleibt die Bemessung der Invalidität. Wie eingangs ausgeführt (vgl. E. 4.4 hiervor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. Art. 16 ATSG). Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Verfügung vom 12. Juni 2023 den erforderlichen Einkommensvergleich vorgenommen. Sowohl das Valideneinkommen als auch das Invalideneinkommen hat sie dabei anhand der Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2020, privater Sektor Total, Spalte Frauen, Kompetenzniveau 1 ermittelt. Da das Kompetenzniveau 1 auch eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2022, 8C_350/2022, E. 6.2.3), ist dieses Vorgehen nicht zu beanstanden. Da die Beschwerdeführerin in einer ihren somatischen Leiden angepassten Tätigkeit in einem Vollzeitpensum arbeitsfähig ist, entspricht folglich das Valideneinkommen dem Invalideneinkommen. Daraus resultiert ein Invaliditätsgrad von 0%, womit kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht.

E. 10

Aus dem Ausgeführten ergibt sich, dass die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 12. Juni 2023 zu Recht einen Rentenanspruch der Versicherten abgelehnt hat. Die hiergegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

E. 11

Es bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist keine Parteientschädigung zuzusprechen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.