

NW_GERICHTE SV 24 7 vom 24. Juni 2024

NW Gerichte, 2024-06-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_SV 24 7](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_SV_24_7)

FR: NW_GERICHTE SV 24 7 du 24 juin 2024

IT: NW_GERICHTE SV 24 7 del 24 giugno 2024

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Die Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV-Stelle Nidwalden vom 13. Februar 2024, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts Nidwalden gegeben ist. Die sachliche Zuständigkeit obliegt der Sozialversicherungsabteilung (Art. 57 ATSG [SR 830.1] i.V.m. Art. 39 GerG [NG 261.1]), welche in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 33 Ziff. 2 GerG). Die Beschwerdeführerin hat als Adressatin der angefochtenen Verfügung ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Nachdem auch Frist und Form (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 1.2

Mit der Gesetzesnovelle «Weiterentwicklung der IV» traten per 1. Januar 2022 diverse neue Bestimmungen im ATSG, im IVG sowie in der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft. Namentlich wurde das abgestufte Rentenmodell durch ein stufenloses System ersetzt. In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 148 V 174 E. 4.1; 144 V 210 E. 4.3.1). Nicht massgeblich ist der Zeitpunkt der Rentenzusprache. Ein allfälliger Rentenanspruch der Beschwerdeführerin wäre vor dem 31. Dezember 2021 entstanden, weshalb auf die bis zum 31. Dezember 2021 geltenden materiellrechtlichen Bestimmungen abzustellen ist (so auch: Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab dem 1. Januar 2022, Rz. 9101). Sie werden im Folgenden denn auch in dieser Fassung zitiert. In ihrer revidierten Form zitierte Bestimmungen werden entsprechend hervorgehoben. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 IVG). 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: (a) ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen nicht durch zumutbare Ein-

gliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können; (b) während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und (c) nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem

E. 4

■ 20

E. 4.1

Der Rheumatologe Dr. med. B.__ hielt in seinem IV-Arztbericht vom 23. August 2021 (unter Beilage diverser Sprechstundenbericht an den Hausarzt) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: 1. Mögliche Psoriasisarthritis 2. V.a. Arzneimittellexanthem auf Lodin 3. Subakute lumbovertbrale Beschwerden 4. Sternokostalgie 5. Myofaszielle Schulterbeschwerden links Er behandle die Patientin seit Februar 2021. Aufgrund der chronischen Rückenbeschwerden mit Projektion im lumbosakralen Übergang und gelegentlichen Ausstrahlungen ins linke Bein, Schmerzen im Sternum sowie in der linken Schulter bestehe eine entsprechende Funktions- einschränkung. Weiter bestehe eine mögliche Belastung durch Adipositas. Nachdem mehrere NSAR wirkungslos gewesen seien, sei auf Sulfasalazin gewechselt worden. Er habe der Pati- entin für die Tätigkeit als Käseverköuferin vom 6. bis 28. Februar 2021 eine 50%ige und vom 22. März bis 22. April 2021 eine 40%ige krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit attestiert. Weitere Zeugnisse habe er nicht ausgestellt (IV-act. 58, 67).

E. 4.2

Mit IV-Arztbericht vom 14. September 2021 (IV-act. 69) berichteten die behandelnde Psychia- terin Dr. med. C.__ und die Fachpsychologin für Psychologie lic. phil. D.__, Psychiatrie-Team __, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: – Rezidivierende depressive Störung, ggf. schwere Episode (ICD-10: F33.2) – V.a. emotionale instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.31) – ADHS (während der Schulzeit) – Beidseitige Lungenembolie im Januar 2021 Es bestehe eine ausgeprägte Stimmungslabilität mit wiederholt auftretenden Stimmungsein- brüchen bei Überforderungssituationen. Ende August 2021 sei es zu einer psychischen De- kompensation mit Suizidversuch (Medikamentenüberdosis) und anschliessendem Aufenthalt in der Psychiatrie X.__ mit Verlegung nach Y.__ gekommen.

E. 4.3

Der Rheumatologe B.__ berichtete dem Hausarzt am 28. September 2021, die Therapie mit Salazopyrin sei nicht erfolgreich gewesen, weshalb er um Kostengutsprache für ein Biologica ersucht habe. Die Behandlung wurde laut Bericht vom 25. Oktober 2021 gleichentags gestartet

E. 4.4

Im Abschlussbericht der X.__ Psychiatrie vom 7. Oktober 2021 (IV-act. 74) über den notfall- mässigen Eintritt und die stationäre Behandlung der Versicherten vom 27. August bis 22. Sep- tember 2021 berichtet. Als Diagnose gestellt werden: Hauptdiagnose - F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode Nebendiagnosen - V.a. F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - Z73

Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, emotional-instabile Persönlichkeitsakzentuierung DD: Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ Somatische Diagnosen - Psoriasisarthritis - Parazentrale beidseitige Lungenembolie ED 12.02.2021 - Migräne - Asthma Bronchiale - Allergische Rhinitis Bezüglich der berichteten Schmerzen hätten sich Hinweise auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ergeben. Die Versicherte habe dazu berichtet, dass die Schmerzen im Zusammenhang mit Stress (insbesondere im Arbeitskontext) zugenommen hätten. Die diesbezüglichen medizinischen Abklärungen (Rheumatologie) und medikamentöse Einstellung seien im aktuellen Zeitpunkt aber noch nicht abgeschlossen, weshalb nur eine Verdachtsdiagnose gestellt worden sei. Diagnostisch hätten sich in der BSCL (Brief-Symptom-Checklist), welche die subjektiv empfundene Beeinträchtigung einer Person durch 53 körperliche und psychische Symptome mit Hilfe eines Zeitfensters von sieben Tagen erfasse, bei Eintritt erhöhte Werte in den Skalen «Somatisierung», «Zwanghaftigkeit», «Unsicherheit», «Depressivität», «Ängstlichkeit», «Phobische Angst», «paranoides Denken», «Fremdheit», «mittlere Belastung», «Anzahl Beschwerden» und «Stärke der Beschwerden» gezeigt. Bei Austritt seien diese Werte im Normbereich gewesen. Es wurde ihr vom 27. August bis 27. September 2021 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert.

E. 4.5

Im IV-Verlaufsbericht vom 28. März 2022 (IV-act. 104) nannten die Psychiaterin C. und die Psychologin D. eine Änderung in den psychiatrischen Diagnosen bei stationärem Gesundheitszustand: – Rezidivierende depressive Störung, ggf. mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) – Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung. Emotional-instabile Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73) – Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) Somatische Diagnosen – Psoriasisarthritis – Parazentrale beidseitige Lungenembolie im Januar 2021 Insgesamt habe im Therapieverlauf eine leichte Aufhellung der depressiven Symptomatik beobachtet werden können. Das Zustandsbild der Patientin sei jedoch weiterhin instabil mit wiederholt auftretenden Stimmungseinbrüchen und Lebensüberdross, insbesondere in Phasen, mit ausgeprägten Schmerzen. Bezüglich der Schmerzsymptomatik habe keine Verbesserung beobachtet werden können. Die Patientin sei rasch gereizt und impulsiv. Sie berichte wiederholt von Energielosigkeit, Kraft- und Motivationslosigkeit. Weitere äussere sich Lustlosigkeit sowie mangelnde Lebensfreude. Der Schlaf sei weiterhin schlecht und es bestehe immer noch ein soziales Rückzugsverhalten, jedoch weniger stark ausgeprägt wie zu Beginn der Behandlung. Ebenso bestehe weiterhin eine Vergesslichkeit. Aus Angst vor Gewichtszunahme möchte die Patientin keine psychopharmakologische Behandlung, obwohl dies indiziert sei.

E. 4.6

Der für eine Zweitmeinung konsultierte Rheumatologe Dr. med. E., Luzerner Kantonsspital, vermerkte in seinem Sprechstundenbericht vom 15. Juni 2022 (IV-act. 143) die Diagnosen: 1. Generalisiertes, fibromyalgiformes Weichteilschmerzsyndrom 2. Adipositas (BMI ca. 37 kg/m²) 3. Anamnestisch Depression (St.n. Suizidalität) 4. St.n. parazentrale Lungenembolien bds 01/21 5. Asthma bronchiale 6. Allergie auf Iodine, Bienenstiche; Pollinosis 7. Positive Familienanamnese für Psoriasis Die berichtete Klinik beurteile er schwerpunktmässig im Rahmen eines generalisierten, fibromyalgiformen Weichteilschmerzsyndroms, akzentuiert durch Adipositas und Dekonditionierung

akzentuierte Fehl-/Überbelastung lumbosakral, im Tractus iliotibialis sowie in den Knien

E. 4.7

Hausarzt Dr. med. F. __, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hält gegenüber der IV-Stelle am 25. Juni 2022 (IV-act. 141) fest, bezogen auf die bisherige Tätigkeit als Verkäuferin führten die krankheitsbedingten Symptome zu einer verminderten Ausdauer bzw. verminderten körperlichen Belastbarkeit. Daneben wirke sich die unstete Arbeitsbelastung sowie vorwiegend stehende Tätigkeit negativ aus. Aufgrund der psychischen Begleitdiagnosen sei ein regelmäßiger Kundenkontakt einerseits wichtig/hilfreich, bedürfe aber einer erhöhten geistigen Flexibilität, welche die Patientin nicht konstant abrufen könne. In einer angepassten Tätigkeit (leichte, körperlich wechselnd belastende Tätigkeiten mit regelmäßigen Arbeitszeiten und der Möglichkeit, stehende bzw. sitzende Positionen einzunehmen, repetitive Tätigkeiten zu bevorzugen, Kundenkontakt möglich) sei zu Beginn eine ganztägige Tätigkeit nicht realistisch, später ggf. mehr je nach Tätigkeitsfeld. In einer angepassten Tätigkeit sei eine Leistungsfähigkeit von 60-70% möglich.

E. 4.8

Vom 2. bis 29. November 2022 war die Versicherte sodann wieder stationär hospitalisiert. Im Austrittsbericht der Klinik Z. __ vom 20. Dezember 2022 (IV-act. 154) wird diesbezüglich berichtet, die depressive Symptomatik habe sich nach Aufdosierung der Medikation rückläufig gezeigt. Im Vergleich zum Eintritt sei der Psychostatus bei Austritt deutlich aufgehellt, adäquat schwingungsfähig. Verbesserung des Antriebs. Reduktion der Ein- und Durchschlafstörungen und des sozialen Rückzugs.

E. 4.9

Am 31. Januar 2023 fand eine neuropsychologische Untersuchung in der X. __ Psychiatrie statt. Im Abklärungsbericht vom 9. Mai 2023 (IV-act. 172) halten die Neuropsychologen G. __ und H. __ zusammengefasst fest, dass sie aus interdisziplinärer Sicht bei leichten bis mittelschweren Einschränkungen in multiplen Teilbereichen der Aufmerksamkeit und der Exekutivfunktionen, erhaltener Selbständigkeit und einer mittelgradigen depressiven Episode von einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung, am ehesten im Rahmen der psychiatrischen Grunderkrankung (Depression) ausgehen würden. Fremd- und eigenanamnestisch würden Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsdefizite auffallen. Die neuropsychologische Untersuchung ergebe ein allgemein-intellektuelles Leistungsvermögen, das im unteren Normbereich liege. Die fehlende psychiatrisch-psychotherapeutische Unterstützung, die fehlende Tagesstruktur und die bestehenden psychosozialen Belastungsfaktoren würden das Fortbestehen der affektiven Störung und die damit verbundenen kognitiven Defizite begünstigen.

E. 4.10

Am 28. Juli 2023 erstattete die I. __ AG das polydisziplinäre Gutachten (IV-act. 175). In der interdisziplinären Konsensbeurteilung halten die Gutachter, Internist Dr. med. J. __ (Fallführer, Allgemeine Innere Medizin), Neuropsychologin MSc K. __ (Neuropsychologie), Orthopäde bzw. Rheumatologe Dr. med. L. __ (Rheumatologie) und Psychiater med. pract. M. __ (Psychiatrie), unter Supervision vom Neurologen Prof. Dr. med. N. __ und von Internistin Dr. med. O. __, zusammengefasst fest: Aktuell klagt die Versicherte über Schmerzen im Schulter-/Nacken-Bereich, im unteren Rücken, den Beinen, Handgelenken, Fingern, dem Brustbein sowie der Wirbelsäule. Zudem klagt sie

über eine Verstärkung der Schmerzen bei Belastung, häufig Kopfweh am Morgen, Zittern an Armen und Beinen, Schlafstörungen, psychische Probleme und Lebensüberdrußgedanken. Aus internistischer Sicht komme das hohe angegebene Schmerzniveau bezüglich der Beobachtungen in der Untersuchungssituation nicht äusserlich erkennbar zum Ausdruck. Dies schliesse das subjektive Empfinden von Schmerzen aber nicht aus. Aus neuropsychologischer Sicht falle die computergestützte Performanz-/Beschwerdevalidierung wiederholt auffällig aus und die Fehlerzahl liege über dem Grenzwert für negative Antwortverzerrung. Die in Papierform durchgeführte Performanz-/Beschwerdevalidierung sei unauffällig. Allerdings seien im psychiatrischen Selbstbeurteilungsfragebogen zur Symptomerfassung bei deutlich erhöht angegebener Belastung durch «eigentliche» Beschwerden auch eine klar erhöhte Zahl an Pseudobeschwerden geltend gemacht worden. Der Wert liege oberhalb des empirisch

E. 4.11

Rheumatologe Dr. med. E. ___ wiederholt in einem Bericht vom 20. Februar 2024 an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (BF-Bel. 3), dass die Fibromyalgie in der ICD-11-Klassifikation keine rheumatologische/somatisch erklärte Erkrankung (mehr) darstelle. Die im MEDAS-Gutachten aufgeführten «Triggerpunkte» und «Myogelosen» (beides Synonyme und Ausdruck für chronisch schmerzhaft kontrahierte mikroskopische Muskelareale – und damit ein echter pathologischer somatischer Befund) seien nicht geeignet, die Fibromyalgie-Diagnose zu widerlegen. 5.

E. 5

■ 20 Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 2.3 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und 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. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Darüber hinaus bilden ärztliche Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). 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 davon, 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 (BGE 125 V 351 E. 3a). 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 Experten

begründet sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b; vgl. auch BGE 135 V 465 E. 4.4 f.). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, 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

E. 5.1

Die Beschwerdeführerin bemängelt, eine psychosomatische Problematik sei weder positiv noch negativ diskutiert worden. Damit sei das Gutachten unklar und unvollständig. Dieser Einwand ist unzutreffend und aktenwidrig: Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-act. 175) wird im Rahmen der Diagnose einer depressiven Störung gerade der Umstand diskutiert, dass die depressive, grundsätzlich psychische Symptomatik in der Form von körperlichen Symptomen und Schmerzen ins körperlich übergesprungen ist, sich die depressive Symptomatik mit anderen Worten somatisiert hat (vgl. Herleitung S. 29 ff.). Entgegen dem Einwand der Beschwerdeführerin ist damit die psychosomatische Problematik nicht bloss abgeklärt und diskutiert worden, sie hat gar ausdrücklichen Eingang in die gestellte Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung (laviert, somatisiert; ICD-10: F33.8) gefunden.

E. 5.2.1

Weiter kritisiert die Beschwerdeführerin das Fehlen der vom Rheumatologen E. __ diagnostizierten Fibromyalgie. Es mangle an einer umfassenden Würdigung. Die Beurteilung von Dr. med. E. __ sei weit überzeugender als diejenige der Gutachter. Zunächst ist festzuhalten, dass abweichende Beurteilungen eines behandelnden Arztes externe, unabhängige Administrativgutachten – wie das hier vorliegende der I. __ AG – grundsätzlich nicht in Frage zu stellen vermögen bzw. zu weiteren Abklärungen veranlassen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sie wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_246/2018 vom 16. August 2018 E. 4.1). Das ist hier nicht der Fall; Dr. med. E. __ äusserte in seinem

E. 5.2.2

Mitunter ist die Diagnose-Diskussion aber ohnehin müssig: Zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit – und zwar sowohl bei somatisch dominierten als auch bei psychisch dominierten Leiden – besteht keine Korrelation (BGE 140 V 193 E. 3.2). Invalidenversicherungsrrechtlich kommt es grundsätzlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Massgebend ist in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (Urteil des Bundesgerichts 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 4.2). Dr. med. E. __, auf den sich die Beschwerdeführerin beruft, hat im Rahmen seiner Erstdiagnose des generalisierten, fibromyalgiformen Weichteilschmerzsyndroms angegeben, dass die Versicherte für leichte, körperlich wechselnd belastende Tätigkeit ganztägig einsetzbar sei, (nur) initial mit vermehrter Pausenbedürftigkeit. Mit anderen Worten ist er nicht davon ausgegangen,

dass mit den Ganzkörperschmerzen arbeitsfähigkeitsrelevante Funktionseinschränkungen verbunden sind. Das deckt sich somit mit der Einschätzung des rheumatologischen Gutachters. Selbst wenn somit tatsächlich eine fibromyalgiforme Erkrankung vorliegen würde, liesse dieser Umstand keinen Zweifel an der Leistungsfähigkeitsbeurteilung im MEDAS-Gutachten entstehen. So oder anders sind die geklagten Schmerzen bzw. die sich daraus ergebenden Funktionseinschränkungen unter Berücksichtigung der Anamnese und Vorakten bzw. der Befundlage gutachterlich gewürdigt worden, zumal die MEDAS-Gutachter anders als die behandelnden Ärzte – inklusive Dr. med. E. ___ – in der Behandlung und ihren Berichten verpflichtet waren, (hier unstrittig bestehende) psychosoziale Belastungsfaktoren als invaliditätsfremde Faktoren (s. BGE 127 V 294 E. 5a) ausser Acht zu lassen. Die Bedeutung der psychosozialen Belastungsfaktoren zeigt sich etwa anhand der Berichte der X. ___ Psychiatrie vom 7. Oktober 2021 und des Hausarztes Dr. med. F. ___ vom 25. Juni 2022, in welchen jeweils ein Konnex zwischen der Erwerbssituation und dem Schmerzempfinden hergestellt wird.

E. 5.3

Zuletzt beanstandet die Beschwerdeführerin, das Fehlen einer neurologischen Fachbeurteilung. Es bestehe eine «offensichtliche Nähe zu neurologischen Beschwerdebildern». Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung. Mit dieser Gutachterpflicht nicht vereinbar wäre es, wenn den Sachverständigen eine Disziplinenwahl aufgezwungen würde, die sie für medizinisch nicht vertretbar hielten. Den Gutachtern muss es also freistehen, die von der IV-Stelle bzw. dem RAD (oder im Beschwerdefall durch ein Gericht) bezeichneten Disziplinen gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen, wenn ihnen die Vorgaben nicht einsichtig sind (BGE 139 V 349 E. 3.3). Schliesslich kommt den Gutachtern ein weiter Ermessensspielraum zu, was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft. Das beinhaltet auch die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen. Es liegt demnach im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2014 vom 25. März 2015 E. 5.1). Folglich oblag hier die Bestimmung der notwendigen fachärztlichen Abklärungen – ebenso wie die Disziplinenwahl – den beauftragten MEDAS-Gutachtern, unabhängig von den durch die IV-Stelle bzw. den RAD in der Auftragserteilung bezeichneten Disziplinen. Die Gutachter der I. ___ AG sind berechtigt gewesen, auf den Beizug eines Neurologen zu verzichten. Ferner gibt es auch keine Anhaltspunkte dafür, dass die Gutachter mit dem Verzicht auf eine neurologische Fachbeurteilung ihren Ermessensspielraum (in fachmedizinischer Hinsicht) verletzt hätten: Wie die IV-Stelle zutreffend entgegnet (Vernehmlassung S. 8), ist ein interdisziplinäres Gutachterteam mit einem Internisten, einer Neuropsychologin, einem Orthopäden bzw. Rheumatologen sowie einem Psychiater ebenfalls in der Lage, einen klinisch neurologischen Befundstatus zu erheben bzw. das Fehlen persistierender, neurologischer Auffälligkeiten/Pathologien festzustellen. Dies zumal das MEDAS-Gutachten unter Supervision eines Neurologen (Prof. Dr. med. N. ___) erstellt worden ist, sich aus den Akten keine relevante neurologische Symptomatik ergibt und die aktuellen, bekannten bzw. beklagten Beschwerden im Rahmen der gewählten Fachdisziplinen nachvollziehbar haben eingeordnet werden können (s. vorne E. 5.1 f.). Die Beschwerdeführerin schweigt sich denn dazu auch aus, inwiefern eine «offensichtliche Nähe zu neurologischen Beschwerdebildern» bestehen bzw. inwiefern es aufgrund der Akten Anhalt für eine neurologische Erkrankung ergeben soll.

E. 5.4

Weitere Einwände gegen die Begutachtung werden von der Beschwerdeführerin nicht geäussert und ergeben sich auch nicht aus den Akten. Das MEDAS-Gutachten der I. AG (IV-act. 175) beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben, beantwortet sämtliche Fragen, erscheint in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge als einleuchtend und begründet die Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es folglich die formellen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (s. vorne E. 2.3) erfüllt, weshalb dem Gutachten volle Beweiskraft zukommt und darauf abgestellt werden kann. Gestützt hierauf durfte die IV-Stelle dementsprechend schlussfolgern, dass die Versicherte in ihrer Arbeitsfähigkeit teilweise eingeschränkt ist, es ihr trotz der bestehenden Einschränkungen möglich und zumutbar ist, sowohl in der angestammten Tätigkeit (Verkäuferin Lebensmittelbranche) wie auch alle angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ohne besondere Anforderungen an die Körperbeweglichkeit und in einem Umfeld mit positiver/aufbauender Feedback-Kultur, zeitlich uneingeschränkt mit einer um 30% reduzierten Leistungsfähigkeit tätig zu sein. 6. Nicht bestanden wird die darauf gestützte Festlegung der IV-Stelle des Valideneinkommens auf Fr. 57'621.– bzw. des Invalideneinkommens auf Fr. 43'335.– sowie der Erwerbseinbusse auf Fr. 17'286.–. Daraus resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30%, weshalb das Leistungsbegehren abzuweisen und ein Anspruch auf eine Invalidenrente zu verneinen war. 7. Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtens, die Beschwerde vom 13. März 2024 hingegen als unbegründet. Diese ist vollumfänglich abzuweisen.

E. 6

■ 20 Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, Urteil des Bundesgerichts 9C_847/2014 vom 25. März 2015 E. 2.2.1 je mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt hingegen nicht derselbe Beweiswert. Sie sind aber insoweit zu berücksichtigen, als nicht auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.7). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt. Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzungen letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2). 2.4 Nach dem im Sozialversicherungsprozess geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist ein bestimmter Sachverhalt nicht bereits dann bewiesen, wenn er bloss möglich ist; hingegen genügt es, wenn das Gericht aufgrund der Würdigung aller relevanten Sachumstände, mithin nach objektiven Gesichtspunkten, zur Überzeugung gelangt ist, dass er der wahrscheinlichste aller in Betracht fallenden Geschehensabläufe ■ bei zwei möglichen Sachverhaltsvarianten: die wahrscheinlichere ■ ist und zudem begründeterweise angenommen werden darf, dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern (u.a. Urteil des Bundesgerichtes 9C_717/2009

vom 20. Oktober 2009 E. 3.3 mit weiteren Hinweisen). 2.5 Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bilden die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens (vorliegend die Verfügung vom 13. Februar 2024) massgeblichen tatsächlichen Verhältnisse (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Später eingetretene Tatsachen sind soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1 mit Hinweisen). Soweit sich während des Verfahrens ein- beziehungsweise nachgereichte

E. 7

■ 20 Arztberichte zum Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses äussern oder bereits bei den Akten liegende Berichte erläutern und ergänzen, sind auch diese Berichte in die Beurteilung einzubeziehen (BGE 130 V 138 E. 2.1 m.w.H.). 3. 3.1 In der den Vorbescheid bestätigenden Verfügung vom 13. Februar 2024 hielt die IV-Stelle fest, die Abklärungen, namentlich das eingeholte MEDAS-Gutachten, hätten eine teilweise Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben. Gleichwohl sei es der Versicherten möglich und zumutbar, sowohl in der angestammten Tätigkeit (Verkäuferin Lebensmittelbranche) wie auch allen angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ohne besondere Anforderungen an die Körperbeweglichkeit und in einem Umfeld mit positiver/aufbauender Feedback-Kultur zeitlich uneingeschränkt mit einer um 30% reduzierten Leistungsfähigkeit tätig zu sein. Es bestünden keine Zweifel am MEDAS-Gutachten, zumal bloss abweichende Meinungen von behandelnden Ärzten oder Schilderungen fachfremder Personen aufgelegt würden, aus denen sich keine neuen Diagnosen/Befunde ergäben. Während sich das Valideneinkommen auf Fr. 57'621.– belaufe, betrage das Invalideneinkommen Fr. 43'335.–. Bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 17'286.– resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30%. Das Leistungsbegehren werde deshalb abgewiesen. Es bestehe kein Anspruch auf Invalidenrente (IV-act. 180). 3.2 Die Beschwerdeführerin bemängelt beschwerdeweise hauptsächlich das MEDAS-Gutachten. 4. Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. In der Folge werden indessen lediglich jene wiedergegeben, die sich nach Auffassung des Gerichts für die Beurteilung der Sache als relevant erweisen.

E. 8

■ 20

E. 8.1

Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.■ bis Fr. 1'000.■ festgelegt. Die Kosten für das vorliegende Verfahren werden auf Fr. 800.– festgesetzt und ausgangsmässig der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie werden mit deren Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet und sind bezahlt.

E. 8.2

Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

E. 9

■ 20 (IV-act. 75, 78). Im Verlaufsbericht vom 14. Februar 2022 teilte der Rheumatologe eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit, ohne diese jedoch zu konkretisieren (IV-act. 93). Dem beigefügten Sprechstundenbericht an den Hausarzt vom 28. Januar 2022 ist zu entnehmen, dass die Applikation des Biologica zufolge Wirkungslosigkeit gestoppt wurde und eine rheumatologische Zweitmeinung veranlasst werden sollte.

E. 10

■ 20

E. 11

■ 20 bds. Für die sichere Diagnose einer entzündlich-rheumatologischen Grunderkrankung gebe es aktuell zu wenig Befunde. Die erhöhten BSR- [= Blutsenkungsreaktion] und CRP- [= C-reaktives Protein (Entzündungsmarker)] Werte interpretiere er als adipositasbedingt. Inwieweit die Schmerzsymptomatik zusätzlich ungünstig durch die beschriebene Depression beeinflusst werde, könne er nicht abschliessend beurteilen. Unklar sei die rapportierte Taubheit mammär bds. Therapeutisch sei in erster Linie eine markante Gewichtsabnahme, kombiniert mit lang-fristig konsequent durchzuführenden Kräftigungsübungen für Rumpf- und Extremitätenmuskulatur, sowie ein regelmässiges Kreislauftraining indiziert. Analgetika seien bei mehrfach berichteter Ineffektivität nicht weiter sinnvoll. Der Rheumatologe erachtete die Versicherte isoliert rheumatologisch für leichte, körperlich wechselnd belastende Tätigkeit ganztätig einsetzbar, initial mit vermehrter Pausenbedürftigkeit.

E. 12

■ 20

E. 13

■ 20 ermittelten Grenzwerts für die Feststellung negativer Antwortverzerrungen. Insbesondere würden erhöhte kognitive/Gedächtnis-Pseudobeschwerden geltend gemacht und 70% aller angegebenen Pseudobeschwerden seien bejaht worden. Der zusätzlich herangezogene Kennwert Ratio sei ebenfalls auffällig. Die Ganzkörperbeschwerden könnten in der Form, wie sie diffus ohne Spezifizierung vorgetragen würden, auf orthopädisch-rheumatologischem Gebiet nicht nachvollzogen werden und hätten entsprechend der Aktenlage auch bisher kein Korrelat geliefert. Aus psychiatrischer Sicht ergäben sich Inkonsistenzen vor dem Hintergrund des Tagesverlaufs, des selbstständigen Chauffierens eines PW sowie des SRSI [=Self-Report Symptom Inventory; Test zur Feststellung negativer Antwortverzerrungen]. Zudem sei deutlich geworden, dass psychosozialen und versicherungspsychiatrisch nicht zu berücksichtigenden Faktoren bei der Bedingung und Aufrechterhaltung der Umstände bei der Versicherten keine unerhebliche Rolle zukommen würden. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei die Diagnose: • Sonstige rezidivierende depressive Störung (larviert, somatisiert) (ICD-10 F33.8) Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien: • Akzentuierte Persönlichkeit (selbstunsicher, dependent) (ICD-10 Z73.1) • Adipositas WHO Grad II (ICD-10 J45.99) • Pollinosis (ICD-10 J30.1) • St. n. parazentrale Lungenembolie beidseits 01/2021 (ICD-10 I26.92) • Ganzkörperschmerzen ohne somatisches Korrelat (ICD-10 M25.50) Die Arbeitsfähigkeit sei einzig aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt, nicht aber internistisch, neuropsychologisch und rheumatologisch. Insgesamt sei interdisziplinär von einer

Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Milchpraktikerin) von 30% und in einer Verweistätigkeit von 30% auszugehen. Auf rheumatologischem Fachgebiet seien in der Vergangenheit keine handfesten Befunde erhoben worden, sodass die aktuelle Feststellung der Arbeitsfähigkeit auch rückwirkend geltend müsse. Zu keiner Zeit habe es auf rheumatologischem Fachgebiet Diagnosen gegeben, welche eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit begründen würden. Dabei gelte das seitens des psychiatrischen Teilgutachtens geäußerte Fähigkeitsprofil. Im Übrigen werde eine Besserung erwartet, wenn die depressive Störung weiter behandelt werde. Diesfalls sei denn auch von einer höheren Leistungsfähigkeit sowie einer höheren Arbeitsfähigkeit auszugehen.

E. 14

■ 20

E. 15

■ 20 Bericht vom 20. Februar 2024 keine neuen Befunde. Seine Einschätzung hat er bereits in seinem früheren Bericht vom 15. Juni 2022 geäußert (s. E. 4.6), die den Gutachtern vorlag. Sodann erweist sich seine Kritik als unbegründet. Ursprung der Fibromyalgie-Diagnose bilden die geklagten Ganzkörperschmerzen, deren Einordnung strittig ist. Der begutachtende Psychiater hat die von der Explorandin angegebenen Schmerzen im Rahmen der noch bestehenden (arbeitsfähigkeitseinschränkenden) depressiven Störung (sonstige rezidivierende depressive Störung [laviert, somatisiert; ICD-10: F33.8]) eingeordnet. Der begutachtende Rheumatologe verwarf, explizit unter Bezugnahme auf Berichte von Dr. med. E. __, eine Fibromyalgie und diagnostizierte (nicht-arbeitsfähigkeitsrelevante) Ganzkörperschmerzen ohne somatisches Korrelat (ICD-10: M25.50). Zur Begründung führte er an, die Explorandin habe bei der Anamneseerhebung den ganzen Körper als schmerzhaft angegeben, ohne irgendwelche Differenzierungen formulieren zu können, und bei der körperlichen Untersuchung seien auch bei extremen Bewegungen keine Schmerzen geäußert worden. Objektiv hätten auch keine Einschränkungen im Bereich des gesamten Bewegungsapparates festgestellt werden können. Der behandelnde Dr. med. E. __ kritisiert, die im Gutachten vom Rheumatologen aufgeführten «Triggerpunkte» und «Myogelosen» seien nicht geeignet, die Fibromyalgie-Diagnose zu widerlegen. Wieso eine «Widerlegung» seiner Erstdiagnose überhaupt notwendig sein soll, bleibt unklar, zumal er in seinem Bericht vom 15. Juni 2022 «die Klinik schwerpunktmässig im Rahmen eines generalisierten, fibromyalgiformen Weichteilschmerzsyndroms, akzentuiert durch Adipositas und Dekonditionierung akzentuierte Fehl-/Überbelastung lumbosakral, im Tractus iliotibialis sowie in den Knien bds.» beurteilt hat. Auch wenn dem Einwand, Triggerpunkte und Myogelosen seien nicht (mehr) Diagnosekriterien, zuzustimmen ist, lässt sich seinen Berichten nicht entnehmen, dass er die diagnostizierte Fibromyalgie basierend auf den validierten Fragebögen «Widespread Pain Index» (WPI [Schmerzindex]) und «Symptom Severity Scale» (SSS [Symptom-Schwere-Skala]) stellte. Solches wird denn auch nicht geltend gemacht. Vielmehr scheint er die Diagnose einzig daraus abzuleiten, dass für die sichere Diagnose einer entzündlich-rheumatologischen Grunderkrankung zu wenig Befunde vorlagen und er nicht abschliessend beurteilen konnte, inwieweit die Schmerzsymptomatik zusätzlich ungünstig durch die beschriebene Depression beeinflusst (s. E. 4.6). Demnach beruht die Fibromyalgie-Diagnose des Rheumatologen Dr. med. E. __ letztendlich bloss auf dem Umstand, dass er die Schmerzschilderungen der Versicherten mangels körperlichen Korrelats nicht als rheumatische Erkrankung einzuordnen vermochte. Insofern ist die

gutachterliche Auffassung, es handle sich um eine Verlegenheitsdiagnose bzw. die geklagten Schmerzen seien als

E. 16

■ 20 Ganzkörperschmerzen ohne somatisches Korrelat (ICD-10: M25.50) bzw. im Rahmen der depressiven Symptomatik einzuordnen, nicht zu beanstanden. Ergänzend ist festzuhalten, dass das neuropsychologische Teilgutachten wiederkehrende Hinweise für negative Antwortverzerrungen festhält, mithin die Validität des beklagten Beschwerdebildes kritisch zu hinterfragen sei (s. E. 4.10; IV-act. 175 S. 132 ff.). Ebenso berichtete das psychiatrische Teilgutachten Inkonsistenzen (s. E. 4.10; IV-act. 175 S. 166 ff.). Im Ergebnis ist die Beurteilung des behandelnden Arztes Dr. med. E. __ nicht «weit überzeugender» als diejenige der unabhängigen Gutachter.

E. 17

■ 20

E. 18

■ 20

E. 19

■ 20 8.

E. 20

■ 20

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