



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 11. Januar 2024 (720 23 72 / 07)

Invalidenversicherung

Beurteilung eines Rentenanspruchs einer versicherten Person, bei welcher eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit einem verwaltungsexternen Gutachten nicht nachgewiesen werden konnte.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Markus Trottmann, Advokat, Eisengasse 5, 4051 Basel

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A.1 Die 1972 geborene A.____ ist 1988 in die Schweiz eingereist. Sie arbeitete vom 1. März 1990 bis 30. November 1997 als Betriebsarbeiterin bei der B.____ AG. Von März 2014 bis Dezember 2015 war sie im Rahmen eines Beschäftigungsprogramms der Sozialhilfe im C.____ in X.____ und von März 2016 bis Dezember 2019 als "Kuchenbäckerin" selbstständig erwerbstätig.

Am 11. Mai 1998 meldete sie sich erstmals unter Hinweis auf diverse psychische und somatische Beschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Mit Verfügungen vom 23. August 2000 und 22. Januar 2001 sprach die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) der Versicherten in Anwendung der allgemeinen Bemessungsmethode aufgrund einer Schmerzfixierung, einer somatoformen Schmerzstörung vor dem Hintergrund einer histrionischen Persönlichkeitsstörung und einer seit 30. November 1997 bestehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit eine ganze Invalidenrente mit Wirkung ab 1. November 1998 zu. Diese Rente wurde mit Mitteilungen vom 20. August 2003, 14. August 2008 und 3. November 2011 bestätigt.

A.2 Im Rahmen des 2011 eingeleiteten Revisionsverfahrens liess die IV-Stelle den Gesundheitszustand der Versicherten durch Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. E.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie FMH Rheumatologie, abklären. Im bidisziplinären Gutachten vom 16./24. Mai 2013 konnten die Gutachter keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Gestützt auf dieses Gutachten stellte die IV-Stelle mit Verfügung vom 18. Juli 2013 den Rentenanspruch der Versicherten in Anwendung der gemischten Methode mit den Anteilen Erwerb 20 % und Haushalt 80 % per 31. August 2013 ein.

A.3 Am 8. August 2016 meldete sich die Versicherte wegen somatischer Beeinträchtigungen erneut bei der IV zum Leistungsbezug an. Gestützt auf die Beurteilung von Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 4. Januar 2017 trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 20. Februar 2017 auf das Gesuch mangels Glaubhaftmachens einer erheblichen Veränderung des Gesundheitszustandes nicht ein.

A.4 Ein erneutes Leistungsgesuch erfolgte am 7. Mai 2019, wobei die Versicherte auf eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes und auf die anstehende Operation der Halswirbelsäule (HWS) am 11. Juli 2019 hinwies. Im Rahmen der Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse holte die IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten bei der MEDAS Bern ein. Gestützt auf die Ergebnisse im Gutachten vom 30. Mai 2022 ging die IV-Stelle davon aus, dass die Versicherte keine Erkrankung aufweise, welche die Arbeitsfähigkeit einschränke. In der Folge lehnte sie mit Verfügung vom 25. Januar 2023 einen Rentenanspruch ab.

B. Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Advokat Markus Trottmann, am 1. März 2023 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ihr eine ihrem Invaliditätsgrad entsprechende Rente nach Ablauf von 6 Monaten seit der Anmeldung (= 8. Mai 2019) zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit an die IV-Stelle zurückzuweisen verbunden mit der Weisung, dass diese nach Massgabe der gerichtlichen Vorgaben den Leistungsanspruch weiter abkläre und alsdann neu verfüge; unter o/e-Kostenfolge, wobei ihr die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Markus Trottmann zu bewilligen seien. In beweisrechtlicher Hinsicht stellte sie den Antrag, es sei durch das Gericht ein psychiatrisches Obergutachten, ev. ein methodenkritisches Gutachten hinsichtlich des polydisziplinären

Gutachtens der MEDAS Bern einzuholen. Eventualiter sei durch das Gericht ein neues polydisziplinäres Gutachten mit den Disziplinen Psychiatrie, Neurologie, Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Orthopädie und Pneumologie anzuordnen. In der Begründung wurde im Wesentlichen die psychiatrische Beurteilung von Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, MEDAS Bern, beanstandet.

C. Mit Verfügung vom 14. März 2023 wurden der Versicherten für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Markus Trottmann als Rechtsvertreter bewilligt.

D. Die IV-Stelle schloss in ihrer Vernehmlassung vom 26. Mai 2023 auf Abweisung der Beschwerde.

E. In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Versicherte mit Eingabe vom 6. September 2023 und die IV-Stelle mit Eingabe vom 10. Oktober 2023 an ihren jeweiligen Anträgen und Ausführungen fest.

F. Mit Verfügung vom 24. Oktober 2023 überwies das zuständige Präsidium des Kantonsgerichts den Fall dem Gericht zur Beurteilung.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde der Versicherten vom 1. März 2023 ist demnach einzutreten.

2. Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie diejenigen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der Fassung gültig ab 1. Januar 2022 Anwendung (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9100). Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, begründet diese aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022, sind hingegen die Bestimmungen des IVG und der IVV sowie diejenigen des ATSG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung massgebend (KSIR, Rz. 9101; vgl. auch Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur

Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 1009). Vorliegend datiert die angefochtene Verfügung vom 25. Januar 2023. Zur Diskussion steht jedoch ein allfälliger Rentenanspruch der Versicherten ab 1. November 2019 (= 6 Monate nach Anmeldung vom 8. Mai 2019). Somit ist die Angelegenheit in Anwendung der Bestimmungen des IVG und der IVV sowie derjenigen des ATSG in der bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung zu beurteilen. Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG versicherte Personen, 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).

3.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

3.3 Die Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.4 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281

E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1).

4.1 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende Invalidenrenten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleichbleibenden Gesundheitszustandes (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen) oder der Grundlagen für die Wahl der Invaliditätsbemessungsmethode (BGE 117 V 198 E. 3b; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2011, 9C_223/2011, E. 3.1) revidierbar.

4.2 Vorliegend liegt keine Rentenrevision nach Art. 17 ATSG, sondern eine Neuanschuldung vor. Eine Neuanschuldung zielt aber wie die Revision auf eine erneute Prüfung des Leistungsanspruchs aufgrund veränderter Verhältnisse ab. Im Falle eines Eintretens auf eine Neuanschuldung ist nach Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV in Verbindung mit Art. 17 Abs. 1 ATSG analog zu einer Rentenrevision zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seit dem Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert haben (BGE 117 V 198 E. 4b; SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2).

4.3.1 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4, 130 V 71 E. 3.2.3).

4.3.2 Die IV-Stelle sprach der Versicherten mit Verfügungen vom 23. August 2000 und vom 22. Januar 2001 erstmals eine ganze Invalidenrente ab 1. November 1998 zu. Im Rahmen eines Rentenrevisionsverfahrens hob sie die Rente mit Verfügung vom 18. Juli 2013 per 31. August 2013 auf. Auf die Neuanschuldung vom 8. August 2016 trat sie ohne eingehende materielle Prüfung des Leistungsanspruchs mangels Glaubhaftmachens einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation nicht ein (vgl. Verfügung vom 20. Februar 2017). Nachdem sie auf das Gesuch der Versicherten um Rentenausrichtung vom 7. Mai 2019 eingetreten war, lehnte sie nach Durchführung der erforderlichen materiellen Abklärungen mit Verfügung vom 25. Januar 2023 einen Rentenanspruch ab. Demgemäss beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine Invalidenrente rechtfertigt, durch den Ver-

gleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Verfügung der IV-Stelle vom 18. Juli 2013 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. Januar 2023.

5.1 Für die Beurteilung der strittigen Frage, ob sich der Gesundheitszustand bzw. das Ausmass der (Rest-) Arbeitsfähigkeit des Versicherten seit der Ablehnung des Rentenanspruchs im Juli 2013 in einer für den Anspruch erheblichen Weise verschlechtert hat, ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. 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).

5.2 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).

5.3 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 (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).

6.1 In den Akten befindet sich die Beurteilung von Dr. med. H.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. Dezember 1997. Er diagnostizierte eine somatoforme Schmerzstörung und eine mittelgradige Depression gemischt "auf dem Boden" einer histrionischen Persönlichkeit.

Diese Störungen hätten Krankheitswert und begründeten eine Arbeitsunfähigkeit. Im Januar 1999 und März 1999 wurde die Versicherte in den I. _____ begutachtet. Aus dem Gutachten der I. _____ vom 6. April 1999 geht hervor, dass bereits bei der ersten konsiliarischen Untersuchung in den I. _____ vom 4. August bis 3. September 1998 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) bei histrionischer Persönlichkeit (ICD-10 F60.4) diagnostiziert wurde, die sich vor dem Hintergrund massiver psychosozialer Probleme und emotionaler Konflikte weiterentwickelt habe. Diese Diagnosen seien zu bestätigen. Aufgrund dieser Leiden sei die Versicherte seit dem 30. November 1997 vollständig arbeitsunfähig. Im Befund hielt die zuständige Ärzteschaft der I. _____ fest, dass die Versicherte, solange sie über ihre Jugend gesprochen habe, keinen deprimierten Eindruck hinterlassen habe. Dies habe sich geändert, als sie begonnen habe, von der Zeit nach ihrer Heirat und den sich ausbreitenden Schmerzen zu erzählen. Beim zweiten Gespräch sei sie aggressiv-verstimmt gewesen, habe geweint und das Gefühl geäußert, dass ihr Kopf explodieren würde. Sie habe auch von Schwindel und Schwächeanfällen gesprochen. Zur psychosozialen Situation habe sie angegeben, dass sie bis vor eineinhalb Jahren mit der Schwester und der Schwägerin in einer Wohnung zusammengelebt habe, was Grund genug für ihre Probleme sei. Gestützt auf diese medizinische Aktenlage sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügungen vom 23. August 2000 und 22. Januar 2001 eine ganze Invalidenrente ab 1. November 1998 zu.

6.2.1 In der am 18. Juli 2013 verfügten Rentenaufhebung per 31. August 2013 stützte sich die IV-Stelle auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. D. _____ und E. _____ vom 16./24. Mai 2013. Dr. E. _____ konnte in seinem rheumatologischen Gutachten vom 16. Mai 2013 keine Diagnosen feststellen, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussten. Aufgrund seiner Befunde kam er zum Schluss, dass die unspezifischen Kreuzschmerzen mit Ansatzentzündungen am medialen Beckenkamm beidseits, die muskuläre Dysbalance am Schultergürtel, die Diskopathie HWK6/7 mit Kontakt zur Wurzel C7 links sowie die Spreizfüsse mit belastungsabhängigen Vorfußschmerzen beidseits keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Bis auf die etwas verminderte Sensibilität an den Fingern IV und V der linken Hand seien keine Auffälligkeiten feststellbar gewesen. Der klinische Untersuchungsbefund bezüglich des Bewegungsapparates könne als nahezu normal bezeichnet werden. Die von der Versicherten geklagten multiplen Beschwerden seien nicht somatisch bedingt. Die Gelenkschmerzen ohne Entzündungen könnten allenfalls mit der 1998 diagnostizierten und inzwischen inaktiven Sarkoidose in einen Zusammenhang gebracht werden. Der Versicherten sei es zumutbar, jegliche Tätigkeiten ohne wesentliche Einschränkungen ganztags auszuüben.

6.2.2 Im psychiatrischen Gutachten vom 24. Mai 2013 hielt Dr. D. _____ keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und die akzentuierten Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) beeinflussten die Arbeitsfähigkeit der Versicherten nicht. Gemäss ihren Angaben habe sie 5 Jahre lang die Schule in ihrem Heimatland besucht, eine Berufslehre habe sie nicht absolviert. Mit 16 Jahren sei sie in die Schweiz gekommen und habe 1990 als Fabrikarbeiterin bei der B. _____ AG zu arbeiten begonnen. Wegen der Schmerzen sei sie ab 1995 immer wieder krankgeschrieben worden. Infolge dieser Krankheitsabsenzen sei ihre Arbeitsstelle 1997 gekündigt worden. Seither sei sie keiner Erwerbsarbeit mehr nachgegangen. Sie sei zwischen 1993 und 1999 zum ersten Mal verheiratet

gewesen. Ihr Ehemann habe sie geschlagen und zu unterdrücken versucht. Mit dem Vater ihrer beiden Kinder sei sie 2003 zusammengekommen. Sie hätten sich 2005 wieder getrennt. Als sie das erste Mal schwanger geworden sei, habe er von ihr eine Abtreibung verlangt. Dieser Aufforderung sei sie jedoch nicht nachgekommen. Sie habe ihn auch nicht geheiratet, weil sie nicht zu seinem "Eigentum" habe werden wollen. In diesem Kontext habe sie betont, dass sie immer das gemacht habe, was sie gewollt habe. Von der zweiten Schwangerschaft habe sie ihrem damaligen Lebenspartner nichts mehr erzählt, weil er ihr gedroht habe, das Baby aus dem Bauch zu schneiden. Zurzeit stehe sie nicht in einer psychiatrischen Behandlung und nehme auch keine Psychopharmaka ein. Im Befund hielt Dr. D. _____ fest, dass die Versicherte viel und spontan gesprochen habe; sie scheine ein grosses Mitteilungsbedürfnis zu haben. Ihre Angaben seien weitschweifend gewesen. Dabei habe sie sich oft in Details verloren. Zeitweise habe sie es genossen, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen. Im Gespräch habe sie sich kooperativ und zugewandt gezeigt; der affektive Rapport habe sich gut herstellen lassen. Die Stimmung sei ausgeglichen gewesen. Sie habe immer wieder lächeln und einige wenige Male auch lachen können. Nur bei sie belastenden Themen habe sie für kurze Zeit Tränen in den Augen gehabt. Sie hinterlasse insgesamt einen vitalen Eindruck. Es sei eine gewisse Suggestibilität, eine Dramatisierungstendenz und eine leichtgradige Affektlabilität erkennbar. Während der Untersuchung habe er keine Konzentrations-, Gedächtnis- oder Auffassungsstörungen oder Ermüdungszeichen feststellen können. Auch die affektive Modulationsfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Die Versicherte schildere Schmerzen, die nicht erklärbar seien. Es liessen sich Belastungen (Scheidung vom Ehemann, konflikthafte Beziehung mit ihrem ehemaligen Lebenspartner und Kindsvater) feststellen, welche schwerwiegend genug seien, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen zu stehen. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung lasse sich deshalb bestätigen. Es sei jedoch zu beachten, dass die psychosoziale Funktionsfähigkeit zu ihren Kindern und zu zwei langjährigen Freundinnen sowie zu Kolleginnen intakt sei. Sie gehe Hobbies (backen, malen, nähen, Blumen pflanzen) nach und sei in der Lage, die Aufgaben als Mutter und im Haushalt zu erledigen. Damit sei das Funktionsniveau nicht wesentlich eingeschränkt. Von einem sozialen Rückzug aufgrund der Schmerzen könne nicht gesprochen werden. Es bestehe auch keine schwerwiegende psychiatrische Komorbidität und keine chronische schwere körperliche Begleiterkrankung. Von einer Therapieresistenz der den Schmerzen zugrundeliegenden Konflikte könne nicht ausgegangen werden. Es handle sich deshalb lediglich um eine leichtgradige somatoforme Schmerzstörung, welche die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflusse. Die Suggestibilität, die leichtgradige Affektlabilität und die Dramatisierungstendenz sowie das Weinen seien Ausdruck von akzentuierten histrionischen Persönlichkeitszügen; die diagnostischen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung seien nicht erfüllt. Die Konflikte in der Beziehung zur Ursprungsfamilie ständen nicht im Zusammenhang mit der Suggestibilität oder Affektlabilität, sei doch die Versicherte geradlinig und unbeirrbar bestrebt, sich gegen jegliche Art von Unterdrückung durch die Ursprungsfamilie zu wehren. Hinweise auf eine depressive Störung mit Krankheitswert liessen sich ebenso wenig finden. Das Funktionsniveau nach Mini-ICF-App sei weitgehend intakt. Es beständen nur leichtgradige psychische Beeinträchtigungen, die keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten. Da die Versicherte im Vergleich zu den psychiatrischen Vorbefunden nicht mehr über Ohnmachtsanfälle oder Lähmungserscheinungen berichte, sei davon auszugehen, dass sich eine gewisse Verbesserung des Gesundheitszustandes eingestellt habe.

6.3 Nach der Begutachtung durch die Dres. E.____ und D.____ erfolgten zahlreiche somatische Abklärungen. Aufgrund einer Magenblutung wurde im Juni 2013 eine Kolonoskopie durchgeführt, welche jedoch keine wesentlichen objektiven Befunde ergab. Die am gleichen Tag erfolgte naso-gastrale Panendoskopie zeigte einen Verdacht auf eine kleine Barretzung und eine diskrete Schleimhautrötung im Antrum (vgl. Bericht von PD Dr. med J.____, FMH Gastroenterologie und Innere Medizin, vom 25. Juni 2013). Die Magnetresonanztomographie (MRT) der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 29. September 2014 wies leichte Diskopathien der Segmente L3-S1 mit Diskusprotrusionen aus (vgl. Bericht des Spitals K.____ vom 14. Oktober 2014). RAD-Arzt Dr. med L.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ging in seiner Stellungnahme vom 10. August 2016 davon aus, dass die Befunde der Panendoskopie und der MRT-Befund der LWS keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Wegen rechtsseitigen Flankenschmerzen erfolgte am 16. Februar 2016 eine Sonographie des Abdomens; der Befund war im Wesentlichen unauffällig (vgl. Bericht der M.____ vom 16. Februar 2016). Rund 7 Jahre später wurde gestützt auf die Gastroskopie vom 25. Februar 2020 eine Antrumgastritis und eine Refluxösophagitis diagnostiziert (vgl. Bericht des Spitals K.____ vom 25. Februar 2020) und entsprechend konservativ behandelt. Es wurde eine Nachkontrolle in 3 Jahren empfohlen (vgl. Spital N.____ vom 27. Februar 2020).

6.4 Am 24. Juni 2016 stürzte die Versicherte und erlitt dabei am oberen Sprunggelenk eine Rotationsinstabilität und eine Partialruptur der Peroneus brevis-Sehne (vgl. Bericht des Spitals K.____ vom 21. Oktober 2016). RAD-Arzt Dr. F.____ zog aufgrund der konservativen Behandlungsmassnahmen in seiner Stellungnahme vom 4. Januar 2017 den Schluss, dass sich daraus keine massgeblichen Funktionseinschränkungen ableiten liessen, welche über das von Dr. E.____ formulierte Zumutbarkeitsprofil hinausgehen würden.

6.5 Im August 2017 und April 2018 wurde die Versicherte aufgrund progredienter Hypästhesien im Bereich Dig. IV und V der linken Hand im Spital K.____ untersucht (vgl. Berichte vom 28. August 2017 und 19. April 2018). Da sich mit weiteren Untersuchungen ein peripheres Nervenkompressionssyndrom nicht nachweisen liess, wurde eine Parästhesie Dig. IV- und V links (DD: zervikale Radikulopathie) diagnostiziert (vgl. Bericht des Spitals K.____ vom 30. April 2018). Wegen zunehmender Beschwerden an der HWS und der LWS erfolgten bildgebende Untersuchungen. Die MRT vom 23. August 2018 zeigte degenerative Veränderungen an der HWS und LWS und eine grosse Bandscheibenextrusion auf der Höhe HWK6/7 sowie eine kleinere breitbasige Bandscheibenprotrusion mit Kontakt der rezessalen Wurzel L4 links auf der Höhe LWK3/4 (vgl. Bericht des Spitals K.____ vom 3. September 2018), welche zu einer C7-Reizsymptomatik links führe (vgl. Bericht des Spitals K.____ vom 16. Oktober 2018). Die zunehmende Symptomatik im Bereich der linken Hand wurde auf die Degenerationen an der HWS und die Diskushernie mit radikulärem Ausfallsyndrom C7 zurückgeführt. In der Folge wurde die Versicherte am 11. Juli 2019 an der HWS operiert (vgl. Operationsbericht des Spitals N.____ vom 12. Juli 2019). Anfang September 2019 klagte die Versicherte über eine seit der Operation bestehende Heiserkeit, ein progredientes Globusgefühl und eine Hypästhesie unter dem linken Kinn. Sie berichtete auch über blutiges Husten (vgl. Berichte des Spitals K.____ vom 4. September 2019, vom 17. und vom

26. September 2019). Mit der Bronchoskopie vom 30. Oktober 2019 konnte kein Blut im Bronchialsystem nachgewiesen werden. Ebenso wenig liess sich eine organische Genese für eine pharyngoösophageale Störung des Schluckaktes finden (vgl. Bericht des Spitals K._____ vom 20. Januar 2020). Da sich das Bronchialsystem insgesamt etwas entzündlich und kontaktvulnerabel erwies und ein Morbus Whipple oder eine aktivierte Sarkoidose ausgeschlossen werden konnten, wurde vermutet, dass die Hämoptysen auf eine akute Bronchitis zurückzuführen seien (vgl. Berichte des Spitals K._____ vom 4. November 2019 und 29. Juli 2021 und Bericht des Spitals N._____ vom 26. Februar 2020).

6.6 Des Weiteren klagte die Versicherte nach der Operation über diffuse Parästhesien im Bereich des linken Armes mit Schmerzen und Zittern der linken Hand, über Schmerzen im Bereich der Schulter und des Nackens sowie über Kopfschmerzen. Diese Beeinträchtigungen konnten jedoch nach Durchführung von zahlreichen Abklärungen nicht objektiviert werden (vgl. Bericht des Spitals K._____ vom 9. Januar 2020, Zweiphasenskelettszintigraphie mit SPECT CT HWS vom 14. September 2020, MRT LWS und HWS sowie Rx-Funktionsaufnahmen vom 15. September 2020). Die Bildgebung zeigte eine stabile Situation der HWS ohne Lockerungszeichen oder spinale und foraminale Enge und keine höhergradige foraminale Stenose und Spinalkanalstenose der LWS (vgl. Berichte des Spitals K._____ vom 1. Dezember 2020 und vom 24. Januar 2022). Auch der Verdacht auf eine aktivierte Spondylarthrose LWK5/SWK 1 liess sich nicht bestätigen (vgl. Bericht von Dr. med. O._____, FMH Neurologie, vom 14. April 2021).

6.7 Im Sommer 2021 klagte die Versicherte erneut über produktiven Husten und Hämoptysen sowie eine Anstrengungsdyspnoe. Konkrete Hinweise auf einen erneuten Schub der Sarkoidose ergaben sich keine. Als wahrscheinliche Blutungsquelle wurde eine akute Bronchitis mit deutlicher Kontaktvulnerabilität der Bronchialschleimhaut genannt. Die rezidivierenden Atembeschwerden mit Husten und Anstrengungsdyspnoe wurden auf ein Asthma bronchiale zurückgeführt (vgl. Bericht des Spitals K._____ vom 29. Juli 2021).

6.8 In psychiatrischer Hinsicht berichtete Dr. med. P._____, FMH Allgemeine Innere Medizin, am 24. Januar 2022, dass die Versicherte seit Anfang September 2021 Symptome einer Persönlichkeitsstörung in Form von innerer Unruhe, Anspannung, interaktionsbedingter Affektlabilität, schwankendem Selbstwert, Hypervigilanz, somatoformen Ängsten, erschwerter Emotionsregulation, Negativismus und Interaktionsstörungen aufweise. Diese Symptomatik verursache relevante Einschränkungen im Alltag (gestörte Nachbarschaftsbeziehungen, ausgeprägte Schwierigkeiten zwischenmenschlicher und sozialer Konzepte). Er diagnostizierte eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit hochgradiger Ausprägung von emotional instabilen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F60.30) sowie eine rezidivierende depressive Störung, aktuell in Remission (ICD-10 F33.2). Aufgrund der hochgradigen Sensitivität mit relevanten Interaktionsstörungen auf der Alltagsebene, der emotionalen Instabilität mit dysfunktionalen Regulationsstrategien und der Hypervigilanz mit hoher körperlicher Anspannung und somatoformer Verschiebung bestehe keine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt.

6.9.1 Aufgrund der multiplen Beschwerden holte die IV-Stelle auf Empfehlungen der RAD-Ärztin, Dr. Q._____, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, vom 25. Februar

2021, 27. August 2021 und 6. September 2021 ein polydisziplinäres Gutachten mit den Disziplinen Psychiatrie, Neurologie, Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie und Pneumologie bei der MEDAS Bern ein; dieses wurde am 30. Mai 2022 erstattet. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung konnten die Gutachter keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten stellen. Die Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen Zügen (ICD-10 Z73.1), die nichtauthentische Symptom- und Beschwerdepräsentation (ICD-10 Z76.8), der Zustand nach Sarkoidose, die leichte obstruktive Ventilationsstörung im Sinne einer Post-Sarkoidose-Erkrankung, die intestinale Metaplasie, die Adipositas Grad I, das anamnestisch chronische zervikospindylogene Schmerzsyndrom, das rezidivierende Thorakolumbalvertebralsyndrom, das Lymphödem an beiden Unterschenkeln, der Knick-Senksprefuss, der Hallux valgus und die anamnestischen Kopfschmerzen beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht. In der Beurteilung führte das Expertenteam aus, dass sich erhebliche und multiple Inkonsistenzen zwischen den geklagten Gesundheitsstörungen und den objektiven psychiatrischen und somatischen Befunden ergäben. Der erhebliche, negative Verzerrungsgrad in den anamnestischen Angaben und das widersprüchliche, auffällige Verhalten der Versicherten seien als Zweckverhalten zu betrachten. Die multiplen beträchtlichen Inkonsistenzen hätten vom psychiatrischen Experten anhand von verschiedenen Testungen objektiviert werden können. Auch in der neurologischen Begutachtung seien die Inkonsistenzen aufgefallen. So sei die Versicherte bei nicht leidensbezogenen Themen humorvoll gewesen und habe mehrmals ein entspanntes Lachen gezeigt. Dieses Verhalten widerspreche den Testergebnissen im BDI (Beck Depressions-Inventar), gemäss welchen die Versicherte an einer schwergradigen depressiven Störung leiden müsste. Zudem korrelierten verschiedene Äusserungen nicht mit dem klinischen Befund. So habe die Versicherte schon bei der geringsten Manipulation Schmerzen mit "Aua-Geräuschen" angegeben. Bei sanfter Palpation im Bereich der Nackenmuskulatur habe sie mit Schmerzlauten geantwortet, jedoch nicht bei gleichzeitiger Ablenkung an anderen Untersuchungsstellen. Obwohl sie starke Schmerzen im Rücken und Nacken angegeben habe, habe sie während der ca. 3-stündigen neurologischen Begutachtung ruhig und ohne Ausgleichsbewegungen sitzen können. Ebenso wenig sei die von der Versicherten angegebene Müdigkeit und Leistungsminderung zu beobachten gewesen. In pneumologischer Hinsicht sei auffällig gewesen, dass die Ergospirometrie schon nach wenigen Tritten abgebrochen worden sei. Objektiv beständen nur leichte Beschwerden, die keine quantitative Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Funktional sollten inhalative Noxen bei der Arbeit vermieden werden. Aus orthopädischer Sicht könnten keine hinreichenden strukturellen Schädigungen objektiviert werden, welche die Arbeitsfähigkeit quantitativ einschränken würden. Es sei der Versicherten möglich, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auszuüben.

6.9.2 Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung kamen die Experten zum Schluss, dass die Kriterien einer erheblichen Aggravation und teilweise auch die Kriterien für eine nicht authentische Symptompräsentation ohne namhaftes psychisches oder somatisches Korrelat erfüllt seien. Aus diesem Grund könne eine versicherungsmedizinische Bewertung nur auf medizinisch-theoretischer Grundlage vorgenommen werden. Aus Sicht aller Gutachter könne weder aktuell noch retrospektiv eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Auch unter Beachtung der Wechselwirkungen könnten keine Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Es sei der Versicherten insgesamt möglich, körperlich leichte, wechselbelas-

tende Tätigkeiten unter Vermeidung von langandauernden gleichen Wirbelsäulehaltungen, Zugluft und Kälteexposition sowie inhalativen Noxen am Arbeitsplatz ganztägig auszuüben. Lediglich während der Zeit ab der HWS-Operation vom 7. Juli 2019 bis 7. Oktober 2019 sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten zu attestieren. Die abweichenden Beurteilungen der behandelnden Fachärzte sei auf die fehlende Beachtung der Inkonsistenzen zurückzuführen. Die von den I._____ gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung beruhe auf den anamnестischen Angaben der Versicherten. Rückblickend hätte die Beurteilung der I._____ als Grundlage für den damaligen Rentenanspruch zumindest in Frage gestellt werden müssen.

6.9.3 Gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS AG Bern vom 30. Mai 2022 ging die IV-Stelle davon aus, dass seit der Rentenablehnung im Jahr 2013 keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten eingetreten sei. In der Folge lehnte sie mit Verfügung vom 25. Januar 2023 einen Rentenanspruch der Versicherten ab.

7.1 In Würdigung der vorliegenden medizinischen Aktenlage kommt das Gericht zum Schluss, dass das Gutachten der MEDAS Bern vom 30. Mai 2022 formell die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein Gutachten erfüllt. Es beruht auf persönlichen und klinischen Untersuchungen in internistischer, neurologischer, orthopädischer, pneumologischer und psychiatrischer Hinsicht sowie auf diagnostische Zusatzuntersuchungen (EMG vom 15. Februar 2022, Rey-Memory-Test vom 28. Januar 2022, SFSS [Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome] vom 28. Januar 2022, BDI vom 28. Januar 2022, MMPI-2 Test [Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2] ausgewertet vom R._____ am 8. März 2022, Laboruntersuchung vom 15. Februar 2022, Röntgen HWS und Dens-Zielaufnahme (= Röntgenspezialaufnahme zur Darstellung der Kopfgelenke) vom 8. März 2022, Röntgen LWS vom 8. März 2022 und weitere apparative Untersuchungen vom 5. Mai 2022). Die Experten sichteten die Akten und listeten sie im Gutachten auf. Zudem berücksichtigten sie die von der Versicherten geklagten Beschwerden und erhoben in allen Bereichen eine Anamnese (Familie, Kindheit, Schule, Beruf, Gesundheit). Inhaltlich bemängelt die Versicherte lediglich das psychiatrische Teilgutachten. Was die übrigen Fachgutachten anbelangt, bestreitet sie zu Recht nicht deren Beweiskraft. Die internistischen, neurologischen, orthopädischen und pneumologischen Gutachter erstellten ihre Teilgutachten sorgfältig und setzten sich eingehend mit den abweichenden medizinischen Beurteilungen auseinander. Ihre Beurteilungen leuchten sodann in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Auch ihre Einschätzung, dass die Versicherte in keiner Tätigkeit in ihrer Arbeitsfähigkeit – bis auf die Zeit vom 7. Juli 2019 bis 7. Oktober 2019 infolge der HWS-Operation – eingeschränkt sei, ist nachvollziehbar. Es ist darauf abzustellen.

7.2 Im Befund des psychiatrischen Teilgutachtens hielt Dr. G._____ fest, dass die Versicherte umfassend und umständlich über ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen berichtet und über eine verringerte Vitalität und Niedergeschlagenheit geklagt habe. Bei seiner Untersuchung habe er ein eher beschleunigtes Denken beobachten können. Da sie assoziativ etwas gelockert gewirkt habe, habe er immer wieder nachfragen müssen. Die Grundstimmung sei leicht depressiv gewesen. Eine affektive Verstimmung sei jedoch nicht erkennbar gewesen. Während der gesamten Exploration sei sie euthym gewesen. Einzig bei einschneidenden Erlebnissen habe eine themen-

abhängige Affektlabilität bestanden. So sei sie in Tränen ausgebrochen, als sie von der Vergewaltigung im Jahr 1989 und der Abtreibung im Jahr 1997 erzählt habe. Sie sei jedoch sofort auslenkbar gewesen und habe dann wieder in euthymer Stimmungslage berichtet. Die Konzentration, die Auffassungsgabe, die Umstellungsfähigkeit und das Antwortverhalten seien nicht auffällig gewesen. Es seien keine Hinweise auf eine affektive Störung oder Angststörung vorhanden. Die klinischen Befunde ständen in einem deutlichen Widerspruch zu den Ergebnissen der testpsychologischen Zusatzuntersuchungen. Im Rey-Memory-Test-15 habe die Versicherte nur 7 von 15 Punkten erzielt, was einer nicht authentischen Präsentation kognitiver Minderleistung entspreche. Ihr Antwortverhalten käme einer schwergradigen Demenz gleich, wofür sich klinisch aber keine Anhaltspunkte ergäben. Eine schwergradige Demenz widerspreche auch dem Befund ihres behandelnden Psychiaters Dr. P.____, der wenige Tage vor der Begutachtung bei der Versicherten eine in Remission befindliche depressive Störung festgestellt habe. Die Ergebnisse des SFSS-Fragebogens hätten eine auffällig erhöhte negative Antwortverzerrung gezeigt, was auf ein nicht authentisches Verhalten hindeute. Schliesslich habe der vom R.____ extern ausgewertete MMPI-2 Test bestätigt, dass die Versicherte ein nicht authentisches, aggravierendes Antwortverhalten aufweise. Dr. G.____ ging unter Hinweis auf die in der neurologischen Untersuchung festgestellten erheblichen Inkonsistenzen davon aus, dass die Versicherte bewusst übertreibe oder simuliere, um ihr Ziel zu erreichen.

7.3 Das psychiatrische Gutachten ist eher knapp und äussert sich nicht sehr ausführlich zur Persönlichkeitsproblematik der Versicherten. Dr. G.____ legte den Fokus auf die durchgeführten Tests. Es gibt jedoch keine Anhaltspunkte dafür, dass die psychiatrische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung, welche eine wichtige Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes bilden, nicht lege artis erfolgt wäre (Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2016, 9C_410/2016, E. 2.2.1 mit Hinweis, in: SVR 2016 IV Nr. 53 S. 178). Auch wenn das psychiatrische Teilgutachten detaillierter und tiefgründiger hätte ausfallen dürfen, genügt es, um die Frage zu beantworten, ob seit der Begutachtung von Dr. D.____ im Jahr 2013 eine relevante gesundheitliche Verschlechterung eingetreten ist. Ein Vergleich der Befunde von Dr. D.____ und Dr. G.____ zeigt auf, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten seit Erlass der rentenaufhebenden Verfügung vom 18. Juli 2013 nicht wesentlich verändert hat. Dr. D.____ diagnostizierte anlässlich seiner Untersuchung im Mai 2013 wie Dr. G.____ akzentuierte Persönlichkeitszüge ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung stellte Dr. D.____, weil die geklagten Beschwerden der Versicherten somatisch nicht objektivierbar seien und Belastungen (konfliktvolle Beziehung mit dem Vater ihrer beiden Kinder und zur Ursprungsfamilie) vorlägen, welche in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen ständen. Er erklärte jedoch, dass es sich um eine leichtgradige somatoforme Schmerzstörung handle, welche die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflusse. So verfüge die Versicherte über eine intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit und es bestehe kein sozialer Rückzug aufgrund der Schmerzen. Zudem lägen weder eine schwerwiegende psychische Komorbidität noch chronische Begleiterkrankungen vor. Eine Therapieresistenz der den Schmerzen zugrundeliegenden Konflikte verneinte er, da die Versicherte noch nie ernsthaft psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch genommen habe. Es sind daher auch in Bezug auf die somatoforme Schmerzstörung keine wesentlichen Veränderungen seit der Rentenaufhebung im Juli 2013 festzustellen. Bereits Dr. D.____ verneinte das Vorliegen

einer Persönlichkeitsstörung. Zur Begründung hielt er fest, dass er bei der Versicherten nur eine gewisse Suggestibilität, einen in formaler Hinsicht weitschweifenden Gedankengang, eine leichtgradige Affektlabilität und eine Dramatisierungstendenz habe festgestellt werden können. Hinweise auf andere Einschränkungen wie z.B. in der Modulations-, Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Auffassungsfähigkeit oder Ermüdungszeichen konnte er nicht finden. Diese Befunde genügten Dr. D._____ nicht, um die von den behandelnden Ärzten der I._____ im Jahr 1999 diagnostizierte histrionische Persönlichkeitsstörung bestätigen zu können. Vielmehr ging er davon aus, dass sie Ausdruck histrionischer Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) seien. Da Z-coodierte Diagnosen rechtsprechungsgemäss nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen fallen (Urteil des Bundesgerichts vom 12. November 2019, 9C_542/2019, E. 3.2), listete Dr. D._____ folgerichtig die histrionischen Persönlichkeitszüge bei den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf. Zum gleichen Schluss gelangte Dr. G._____. Er konnte bis auf eine eingeschränkte Affektlabilität und eine gesteigerte Affizierbarkeit sowie einer leicht depressiven Grundstimmung keine weiteren pathologischen Auffälligkeiten bei der Versicherten feststellen. Wie Dr. D._____ beobachtete er – ausser bei der Schilderung von einschneidenden Erlebnissen – grundsätzlich eine euthyme Stimmungslage während der Untersuchungssituation. Eine Symptomatik, welche die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 erfüllen würden, konnte er nicht erkennen. Aufgrund der vergleichbaren Befunde von Dr. D._____ und Dr. G._____ ist nicht zu beanstanden, dass der psychiatrische Experte der Ansicht ist, es lägen keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor. Es liegen auch keine Anhaltspunkte vor, dass sich der Ausprägungsgrad der somatoformen Schmerzstörung seit der Begutachtung durch Dr. D._____ erhöht hätte. Selbst der behandelnde Psychologe, Dr. P._____, diagnostizierte keine somatoforme Schmerzstörung mehr.

7.4 Der Bericht von Dr. P._____ vom 24. Januar 2022, bei welchem die Versicherte seit September 2021 in Behandlung steht, ist nicht geeignet, um erhebliche Zweifel an den Feststellungen von Dr. G._____ aufkommen zu lassen. Dr. P._____ stellte sich auf den Standpunkt, dass die Versicherte an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit hochgradiger Ausprägung von emotional instabilen und histrionischen Anteilen leide, welche die Arbeitsfähigkeit vollständig einschränke. Da er die 100%ige Arbeitsunfähigkeit einzig mit der Symptomatik der Persönlichkeitsstörung begründete, ist davon auszugehen, dass sich die in Remission befindliche rezidivierende depressive Störung nicht wesentlich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Dr. P._____ beschrieb erhebliche Befunde und Funktionseinschränkungen, die Dr. G._____ rund zwei Wochen später am 28. Januar 2022 nicht oder nicht in diesem Ausmass finden konnte. Diese Diskrepanz lässt sich nur damit erklären, dass Dr. P._____ keine Kenntnis der Vorberichte hatte. Andernfalls wäre zu erwarten gewesen, dass er sich mit dem theatralischen, übertriebenen Verhalten der Versicherten, welches sich wie ein roter Faden durch die Akten zieht, auseinandergesetzt und sich zu allfälligen Inkonsistenzen geäussert hätte. Es ist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass er sich vorwiegend auf die subjektiven Angaben der Versicherten stützte. Dr. P._____ unterliess es auch, sich mit den diagnostischen Kriterien der kombinierten Persönlichkeitsstörung auseinanderzusetzen. Zudem zeigte er nicht auf, inwiefern sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten seit 2013 verändert hat. Es kann deshalb die Entwicklung der im Jahr 2013 vorgelegenen histrionischen Persönlichkeitszüge zu einer Persönlichkeitsstörung nicht nachvollzogen werden. Insgesamt erweist sich die Beurteilung von Dr. P._____

als nicht zuverlässig genug, um darauf abstellen zu können. Da das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 25. Januar 2023 nicht nachgewiesen werden kann, ist auf die gegen die Beurteilung von Dr. G.____ gerichteten Einwände der Versicherten betreffend Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung und der Ergebnisse der Beschwerdevalidierungstestungen nicht näher einzugehen.

7.5 Entgegen der Ansicht der Versicherten ist nicht ersichtlich, inwiefern die Befragung durch Dr. G.____ zu ihrer Biographie ungenügend gewesen sei. Der Gutachter erfasste die wesentlichen Aspekte zur Familie, zur Kindheit, zum schulischen und beruflichen Werdegang und zur Gesundheit (vgl. Teilgutachten S. 6 – 8). Ebenso wenig ergeben sich aufgrund der Tatsache, dass Dr. G.____ den Persönlichkeitstest (MMPI-2 Test) extern durch den R.____ auswerten liess, gewichtige Zweifel an der Zuverlässigkeit der gutachterlichen Befunde. Es trifft zwar zu, dass der Auswertungsdienst zwei Interpretationsvarianten für die Testergebnisse, wonach die Gültigkeitswerte des Profils nicht die gegenwärtige Verfassung der Versicherten widerspiegeln und deshalb sehr vorsichtig zu bewerten seien, aufführte. Entweder sei die getestete Person im Zeitpunkt der Testung akut gestört und durch die Testvorgabe überfordert gewesen oder sie habe bewusst übertrieben und simuliert, um irgendein Ziel erreichen zu können. Dr. G.____ wählte die zweite Variante und wies zur Begründung auf das nicht authentische, aggravierende Antwortverhalten der Versicherten hin. Mit Blick auf die hoch auffälligen Ergebnisse der von ihm durchgeführten Testungen (SFSS, BDI, RMT-15), welche alle auf ein nicht authentisches Verhalten hindeuten, ist nicht zu bemängeln, dass der Gutachter in der Gesamtschau die zweite Interpretation der externen Auswertung als zutreffend erachtete. Dazu kommt, dass auch die übrigen Experten der MEDAS Bern Inkonsistenzen feststellten. So wies der neurologische Gutachter auf eine hochgradig ausgeweitete, nicht authentische Darstellung der Schmerzsymptomatik hin (vgl. neurologisches Teilgutachten, S. 9 - 11 und S. 17 - 18). Auch der begutachtende Orthopäde und die begutachtende Internistin konnten das von der Versicherten geklagte Ausmass der Schmerzen nicht mit ihren objektiven Befunden erklären (vgl. orthopädisches Teilgutachten, S. 9, 11 - 12 und internistisches Teilgutachten, S. 8). Gleichermassen stellte der Pneumologe erhebliche Inkonsistenzen fest (vgl. pneumologisches Teilgutachten, S. 9).

7.6 Daran ändern auch die Berichte von Dr. H.____ vom 11. Dezember 1997 und der behandelnden Ärzteschaft der I.____ vom 14. September 1998 nichts, in welchen jeweils die Diagnose einer histrionischen Persönlichkeitsstörung gestellt wurde. Dr. H.____ begründete seine Diagnosestellung nicht, weshalb das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung nicht nachvollzogen werden kann. Zudem legte er nicht dar, welche Funktionseinbussen die Arbeitsfähigkeit der Versicherten beeinflussen würden. Der zuständige Arzt der I.____ wies für die Begründung der Persönlichkeitsstörung lediglich auf ein theatralisches Verhalten der Versicherten, eine Suggestibilität und eine labile Affektivität hin. Diese Befunde reichen jedoch ohne weitere Ausführungen nicht aus, um das Vorliegen einer histrionischen Persönlichkeitsstörung als erstellt zu betrachten. Hierfür bedarf es einer Auseinandersetzung mit den diagnostischen Kriterien.

7.7 Schliesslich macht die Versicherte geltend, dass der psychiatrische Gutachter der MEDAS Bern durch die Stellungnahmen von Dr. L.____, der die von den I.____ gestellte Diagnose einer

Persönlichkeitsstörung im Rahmen des im 2011 eingeleiteten Revisionsverfahrens in Frage gestellt habe, zu fest beeinflusst gewesen sei (vgl. Stellungnahmen vom 1. November 2011, 21. August 2012 und 7. Dezember 2012). Dass Dr. G._____ die Meinung des RAD-Arztes berücksichtigte, gehört zu seinen Aufgaben als Sachverständiger. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass sich der Gutachter hierbei von unsachlichen Motiven leiten liess. Ebenso wenig ist von einer Voreingenommenheit auszugehen, wenn der Experte der Ansicht ist, die Versicherte strebe trotz aus fachärztlicher Sicht fehlenden Anspruchsgrundlagen den Erhalt von Rentenleistungen an (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Dezember 2011, 8C_743/2011, E. 2.4.2).

8. Zusammengefasst bildet das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS Bern vom 30. Mai 2022 eine rechtsgenügli­che Grundlage, um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Versicherten zuverlässig beurteilen zu können. Es ist nicht zu erwarten, dass weitere Abklärungen relevante Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Versicherten während der Zeit der Begutachtung von Dr. D._____ bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung zulassen würden. Es ist daher auf die von der Versicherten beantragten Einholung eines psychiatrischen bzw. polydisziplinären bzw. methodenkritischen Gutachten zu verzichten (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 132 V 393 E. 3.3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 90 E. 4b und 159 E. 1d, 119 V 335 E. 3c mit Hinweisen). Demzufolge steht fest, dass seit 2013 keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten eingetreten ist. Die IV-Stelle hat somit zu Recht einen Anspruch auf eine Invalidenrente abgelehnt. Die hiergegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- 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 Versicherte unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr aufzuerlegen sind. Der Versicherten ist nun allerdings mit Verfügung vom 14. März 2023 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

9.2 Dem Prozessausgang entsprechend ist der Versicherten keine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. In der Verfügung vom 14. März 2023 ist ihr jedoch die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt worden, weshalb dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte (TO) vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter der Versicherten machte in seiner Honorarnote vom 5. November 2023 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 17 Stunden und 10 Minuten sowie Auslagen von Fr. 85.40 geltend. Während die ausgewiesenen Auslagen zu keinen Beanstandungen Anlass geben, muss der geltend gemachte Zeitaufwand mit Blick auf ähnlich gelagerte Fälle als zu hoch bezeichnet werden, weshalb eine angemessene

Kürzung der Kosten vorzunehmen ist, zumal im vorliegenden Fall die Akten nicht sehr umfangreich sind und sich weder in sachverhaltlicher noch in rechtlicher Hinsicht besonders schwierige Fragen stellen. Da dem Rechtsvertreter der Sachverhalt und die Rechtsfragen aus dem Einspracheverfahren bekannt waren, ist insbesondere der Aufwand von insgesamt 4 Stunden und 5 Minuten für das Studium der Akten und derjenige von 3 Stunden im Zusammenhang mit der knapp 5-seitigen Replik als übermässig zu bezeichnen. Im Quervergleich mit anderen IV-Fällen erscheint ein Aufwand für einen doppelten Schriftenwechsel von 14 Stunden als angemessen. Dem Rechtsvertreter ist somit ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'107.60 (14 Stunden à Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 85.40 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

9.3 Die Versicherte wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

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.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein reduziertes Honorar in der Höhe von Fr. 3'107.60 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.