

VBE.2022.156 / mg / fi

Art. 103

Urteil vom 30. September 2022

Besetzung

Oberrichter Kathriner, Präsident
Oberrichterin Schircks Denzler
Oberrichterin Fischer
Gerichtsschreiber Güntert

Beschwerdefüh-
rerin

A. _____
unentgeltlich vertreten durch MLaw Stephanie C. Elms, Rechtsanwältin,
Industriestrasse 13c, Postfach, 6302 Zug

Beschwerde-
gegnerin

SVA Aargau, IV-Stelle, Bahnhofplatz 3C, Postfach, 5001 Aarau

Beigeladene

C. _____

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend IVG Renten
(Verfügung vom 11. März 2022)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

1.1.

Die 1968 geborene Beschwerdeführerin meldete sich am 15. November 2011 wegen Rücken-, Hüft- und Fussbeschwerden bei der Beschwerdegegnerin zum Bezug von Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an. Diese tätigte verschiedene Abklärungen in medizinischer, persönlicher und beruflicher Hinsicht und holte ein polydisziplinäres Gutachten (allgemeininternistische, psychiatrische, rheumatologische und orthopädische Untersuchung) bei der ABI Aertzliches Begutachtungsinstitut GmbH, Basel, ein. Gestützt darauf wies sie mit Verfügung vom 22. November 2017 das Rentenbegehren ab. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht mit Urteil VBE.2017.939 vom 4. Juli 2018 ab.

1.2.

Am 19. Juni 2019 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut zum Leistungsbezug an. Mit Vorbescheid vom 7. August 2019 stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin in Aussicht, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten. Nach erfolgtem Einwand nahm die Beschwerdegegnerin Abklärungen vor und hielt Rücksprache mit dem RAD. Auf dessen Empfehlung liess sie die Beschwerdeführerin erneut polydisziplinär begutachten (Gutachten der PMEDA AG, Zürich [PMEDA], vom 10. November 2021). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren und erneuter Stellungnahme des RAD verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 11. März 2022 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

2.

2.1.

Gegen die Verfügung vom 11. März 2022 erhob die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 28. April 2022 fristgerecht Beschwerde und beantragte Folgendes:

" 1. Es sei die Verfügung vom 11.3.2022 aufzuheben.

2. Es seien der Beschwerdeführerin die Leistungen nach IVG, namentlich eine IV-Rente und berufliche Massnahmen, zu gewähren.

3. Es sei die Beschwerdeführerin durch das Gericht medizinisch begutachten zu lassen.

4. Eventualiter sei die Sache zwecks Einholung eines medizinischen Gutachtens und anschliessender Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin."

Überdies beantragte die Beschwerdeführerin die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsverteidigung.

2.2.

Mit Vernehmlassung vom 25. Mai 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

2.3.

Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 1. Juni 2022 wurde die C., als aus den Akten erkennbare berufliche Vorsorgeeinrichtung der Beschwerdeführerin im Verfahren beigegeben. Diese liess sich in der Folge nicht vernehmen.

2.4.

Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 21. Juli 2022 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und MLaw Stephanie Elms, Rechtsanwältin, Zug, zu ihrer unentgeltlichen Vertreterin ernannt.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1.

Soweit die Beschwerdeführerin generell die Zusprache von "Leistungen nach IVG" beantragt (vgl. Beschwerdeantrag Ziff. 2), ist auf Folgendes hinzuweisen: Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164 f.; vgl. auch BGE 135 V 148 E. 5.2 S. 150 und 135 V 141 E. 1.4 S. 144 ff. sowie 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Die Beschwerdegegnerin hat mit der hier angefochtenen Verfügung vom 11. März 2022 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 225) einzig den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint. Soweit die Beschwerdeführerin die anderen Leistungen der IV beantragt, fehlt es demnach an einem Anfechtungsgegenstand im Sinne von Art. 56 Abs. 1 ATSG. Auf die Beschwerde ist daher in diesem Umfang nicht einzutreten.

1.2.

Die Beschwerdegegnerin stütze sich in ihrer Verfügung vom 11. März 2022 (VB 225) auf das PMEDA-Gutachten vom 12. November 2021, welches

festhalte, dass für die angestammte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe und in angepasster Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % vorliege. Die rentenablehnende Verfügung vom 22. November 2017 habe sich auf das ABI-Gutachten vom 27. Oktober 2014 gestützt, wonach die Beschwerdeführerin in angestammter Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig und in angepasster Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig gewesen sei. Seit dem ablehnenden Entscheid vom 22. November 2017 sei keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten, weshalb das erneute Leistungsgesuch abzuweisen sei. Im Bericht vom 28. Februar 2022 habe der RAD festgehalten, dass das PMEDA-Gutachten schlüssig und nachvollziehbar sei und mit den erhobenen Einwänden keine wichtigen medizinischen Aspekte geltend gemacht würden, die im Gutachten unerkannt oder ungewürdigt geblieben seien (VB 225).

Die Beschwerdeführerin bringt dagegen im Wesentlichen vor, der Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt worden, da die Beschwerdegegnerin den Verlauf der im Januar 2022 aufgenommenen psychiatrischen Behandlung nicht abgewartet habe (Beschwerde Rz. 10-18). Das PMEDA-Gutachten vom 12. November 2021 sei aufgrund verschiedener Mängel "als Beweisgrundlage unverwertbar" (Beschwerde Rz. 19-26).

2.

2.1.

Die angefochtene Verfügung erging am 11. März 2022 (VB 225) und betrifft mit Anmeldung vom 19. Juni 2019 (VB 154) geltend gemachte invalidenversicherungsrechtliche Leistungsansprüche. Gemäss Rechtsprechung sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben; besondere übergangsrechtliche Regelungen sind dabei vorbehalten (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweis). Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen des IVG vom 19. Juni 2020 (Weiterentwicklung der IV) bzw. der IVV vom 3. November 2021 in Kraft getreten. Es ist vor dem Hintergrund der erwähnten Rechtsprechung daher sachgerecht, den Zeitpunkt des frühestmöglichen Beginns eines allfälligen Rentenanspruchs für die Frage des in zeitlicher Hinsicht anwendbaren Rechts heranzuziehen. Angesichts der am 19. Juni 2019 erfolgten Neuanmeldung konnte ein potentieller Rentenanspruch frühestens nach Ablauf der sechsmonatigen Wartefrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG im Dezember 2019 entstehen (BGE 142 V 547 E. 3 S. 550 f.). Ohnehin hat sich der in diesem Verfahren relevante Sachverhalt weit überwiegend noch unter dem bis Ende 2021 geltenden Recht ereignet, womit dieses anzuwenden ist (vgl. teilweise analog Urteil des Bundesgerichts 2C_1005/2021 vom 27. April 2022 E. 4.3 mit Hinweisen).

2.2.

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist die Invalidenrente nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205; MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, N. 117 ff. zu Art. 30-31 IVG mit Hinweisen). Insbesondere stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_698/2019 vom 3. März 2020 E. 2). Bei den Renten der Invalidenversicherung kann auch eine geringfügige Änderung des Sachverhalts Anlass zu einer Revision geben, sofern sie zu einer Über- oder Unterschreitung eines Schwellenwertes (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG) führt (BGE 133 V 545 E. 6 S. 546 ff.). Geringfügige Änderungen statistischer Daten führen dagegen nicht zu einer Revision von Invalidenrenten, selbst wenn durch solche Veränderungen ein Schwellenwert über- oder unterschritten wird (BGE 133 V 545 E. 7 S. 548 f.).

2.3.

Die Zusprechung einer Invalidenrente aufgrund einer Neuansmeldung, nachdem eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert wurde (vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV), bedarf, analog zur Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG), einer anspruchsrelevanten Änderung des Invaliditätsgrades (vgl. BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.; 130 V 71; 117 V 198 E. 3 S. 198 f.; 109 V 108 E. 2 S. 114 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_29/2020 vom 19. Februar 2020 E. 3.1 f. mit Hinweisen).

Der neuansmeldungsrechtlich massgebende Vergleichszeitraum ist derjenige zwischen der letzten umfassenden materiellen Prüfung einerseits und

der Überprüfung der Glaubhaftmachung der mit Neuankündigung vorgebrachten anspruchserheblichen Tatsachenänderungen andererseits (vgl. MEYER/REICHMUTH, a.a.O., N. 122 zu Art. 30-31 mit Hinweisen auf BGE 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.).

3.

3.1.

Der retrospektiv als Vergleichszeitpunkt massgebenden Verfügung vom 22. November 2017 (VB 145), die mit Urteil VBE.2017.939 vom 4. Juli 2018 (VB 152) bestätigt wurde, lag in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das polydisziplinäre ABI-Gutachten vom 27. Oktober 2014 (VB 73) zu Grunde. Die Gutachter stellten darin die folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (VB 73.1 S. 34):

- " Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (ICD-10 M54.5)
- radiomorphologisch (MRT LWS B. vom 15.9.2014)
 - schwere degenerative Osteochondrose (Modic Typ II) mit geringer degenerativer Retrolisthesis von LWK5, im Segment LWK5 / SWK1 flache dorsomediale subligamentäre Herniation mit engerem Kontakt zu beiden Nervenwurzeln S1 links betont, im Liegen keine eindeutige Wurzelkompression oder Verlagerung; im Segment LWK4/LWK5 leichte Bandscheibenprotrusion und leichte bilaterale Spondylarthrose; im Segment LWK3/LWK4 leichte Bandscheibenprotrusion und leichte bilaterale Spondylarthrose; im Weiteren diskrete Erniedrigung der ventralen WK Höhe BWK12, ev. einer älteren Deckplattenimpression entsprechend
 - DD intermittierendes lumboradikuläres Schmerz- und Ausfallsyndrom L5/S1 links
 - leichte Wirbelsäulenfehlform mit betonter Lendenlordose und betonter Kyphosierung im zervikothorakalen Übergang
 - muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen
 - begleitende Periarthrophathia coxae links
 - Status nach schmerzinterventionellen Therapien August bis September 2013 (Epiduralinfiltration L5/S1, Fazettengelenksinfiltration L5/S1, ISG-Infiltration) jeweils ohne anhaltenden Erfolg
 - anamnestisch Status nach ISG-Dysfunktion beidseits"

Die ABI-Gutachter kamen interdisziplinär zum Schluss, es bestehe aufgrund der klinisch-rheumatologischen und ergänzenden bildgebenden Abklärungen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Reinigungsdienst sowie für sonstige regelmässig mittel bis körperlich schwer belastende berufliche Tätigkeiten. In einer körperlich leichten bis nur sehr selten mittelschweren, adaptierten beruflichen Tätigkeiten, die mehrheitlich sitzend an einem optimal eingestellten Arbeitsplatz erfolgten, bestehe aus polydisziplinärer Sicht eine 80%ige, ganztägig verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit (VB 73.1 S. 36 f.; VB 99 S. 3).

3.2.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2022 (VB 225) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das von ihr veranlasste polydisziplinäre PMEDA-Gutachten vom 10. November 2021 (VB 208). Dieses vereint eine internistische, eine orthopädische und eine psychiatrische Beurteilung und enthält folgende Diagnosen (VB 208.2 S. 10 f.):

"Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Bilaterale Arthrose der Grosszehengrundgelenke, mit Funktionseinschränkung im klinischen Befund
- Bildmorphologisch degenerative LWS-Veränderungen, ohne assoziierten namhaften klinischen orthopädisch-neurologischen Störungsbefund

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Arterielle Grenzwerthypertonie
- Gastroösophageale Refluxkrankheit
- Adipositas Grad I
- Nikotinkonsum
- Alkoholabhängigkeit, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10: F10.24) mit assoziierter rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4).
- Agoraphobie mit Panikattacken (ICD-10: F40.01)"

In der angestammten Tätigkeit bestehe unverändert seit 2014 und "auf Dauer geltend" eine volle Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit bestehe "[o]rthopädisch ex nunc geltend" eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Die degenerativen orthopädischen Befunde würden für eine qualitative Minderung der Belastbarkeit sprechen, sodass nur noch körperlich überwiegend leichte Tätigkeiten leistbar seien. Die Alkoholabhängigkeit würde Arbeiten mit Zugriff auf Suchtmittel (z.B. Gastronomie, Krankenversorgung) ungeeignet machen (VB 208.2 S. 11 f.).

4.

4.1.

Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht 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 Rechtsanspruches 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 S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1

S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352).

4.2.

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Den Gutachten kommt somit bei Abklärungen im Leistungsbereich der Sozialversicherung überragende Bedeutung zu (UELI KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2020, N. 13 zu Art. 44 ATSG; vgl. auch BGE 132 V 93 E. 5.2.8 S. 105).

5.

Das polydisziplinäre Gutachten der PMEDA vom 10. November 2021 wird den von der Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. 4. hiervor) gerecht. Das Gutachten ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt worden (vgl. VB 208.3 ff.; 208.8), gibt die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ausführlich wieder (vgl. VB 208.4 S. 4 ff.; 208.5 S. 4 ff.; 208.6 S. 4 ff.), beruht auf allseitigen Untersuchungen der beteiligten Fachdisziplinen (vgl. VB 208.4 S. 18 ff.; 208.5 S. 17 ff.; 208.6 S. 20 ff.) und die Gutachter setzten sich im Anschluss an die Herleitung der Diagnosen eingehend mit den subjektiven Beschwerdeangaben bzw. den medizinischen Akten auseinander (vgl. VB 208.4 S. 21 ff.; 208.5 S. 24 ff.; 208.6 S. 22 ff.). Es wurden ferner eigene Zusatzuntersuchungen durchgeführt (EKG vom 3. September 2021 [VB 208.7 S. 12]; MRI Füsse vom 10. September 2021 [VB 208.7 S. 13]; MRI LWS und Knie bds. vom 10. September 2021

[VB 208.7 S. 15]; MRI Kopf vom 3. September 2021 [VB 208.7 S. 19]; Laborbefund vom 9. September 2021 [VB 208.9]).

Das Gutachten ist in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation nachvollziehbar und damit grundsätzlich geeignet, den Beweis für den anspruchserheblichen medizinischen Sachverhalt zu erbringen.

6.

6.1.

6.1.1.

Die Beschwerdeführerin bringt vor, der Untersuchungsgrundsatz sei verletzt worden, da sie der Beschwerdegegnerin mit Einwand vom 7. Januar 2022 und Schreiben vom 12. Januar 2022 mitgeteilt habe, dass sie die psychiatrische Behandlung bei Dr. med. I. per 20. Januar 2022 wieder aufnehmen werde, die Beschwerdegegnerin jedoch in der Folge den Verlauf der Behandlung nicht abgewartet, sondern bereits am 11. März 2022 die Verfügung erlassen habe (Beschwerde Rz. 9 ff.). Im Bericht von Dr. med. I. werde zudem eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung durch die PMEDA bestätigt (Beschwerde Rz. 25).

6.1.2.

Die Beschwerdeführerin legte den Bericht von Dr. med. I., Fachärztin für Anästhesiologie, vom 31. März 2022 ins Recht (Beschwerdebeilage [BB] 3). Dr. med. I. stellte darin folgende Diagnosen:

- " 1. Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD 10: F10.1)
- 2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10: F45.41)
- 3. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode / Mit somatischem Syndrom (ICD 10: F33.11)"

Dr. med. I. führte aus, die Beschwerdeführerin sei bis Anfang 2020 bei ihr in ambulanter Behandlung gewesen, welche jene von sich aus beendet habe. Im Januar 2022 habe die Beschwerdeführerin über ihren Hausarzt erneut Kontakt aufgenommen und komme seitdem wieder regelmässig in die ambulanten Sitzungen. Im Vergleich zu 2020 sei die Beschwerdeführerin deutlich vorgealtert, habe fast 30 kg an Gewicht zugenommen, wirke ungepflegt und vernachlässige ihr Äusseres. Aktuell sei sie mittelgradig depressiv, mutlos, resigniert, habe sich aufgegeben. Ihren Alkoholkonsum, meist Wein, habe sie nach eigenen Angaben im Griff. Die ständigen Schmerzen würden ihr zu schaffen machen, sie könne nur sehr mühsam laufen. Sie lebe sehr isoliert, habe wenig Kontakte zu ihrer Mutter und zur Betreuerin von der J., welche sie in der Alltagsbewältigung unterstütze (BB 3).

6.1.3.

Zwar trifft es grundsätzlich zu, dass die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch einen behandelnden Arzt oft wertvolle Erkenntnisse zu erbringen vermag. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) lässt es indes nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler: SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.1.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_425/2019 vom 10. September 2019 E. 3.4 mit Hinweisen).

6.1.4.

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. I. über keinen Facharztstitel im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, weshalb ihre Beurteilung jedenfalls ungeeignet ist, die gutachterliche psychiatrische Beurteilung in Zweifel zu ziehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_458/2021 vom 15. November 2021 E. 3.3 mit Hinweisen). Zudem handelt es sich bei ihr um eine behandelnde Ärztin, und behandelnde Ärzte sprechen sich erfahrungsgemäss eher zu Gunsten ihrer Patienten aus (vgl. E. 6.1.3. hiavor). Im Bericht werden überdies keine wichtigen Aspekte benannt, welche im PMEDAS-Gutachten unberücksichtigt geblieben sind. Aus dem Bericht vom 31. März 2022 geht nicht hervor (BB 3), dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung durch die PMEDA im Juli bzw. September 2021 verschlechtert hat. Gleich wie im Bericht vom 31. März 2022 hatte Dr. med. I. schon in ihrem Bericht vom 17. Juni 2020 folgende Diagnosen gestellt: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD 10: F10), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD 10: F33.11; VB 188 S. 6). Dieser Bericht lag den Gutachtern vor (VB 208.3 S. 15) und das psychiatrische Teilgutachten setzt sich mit dieser Einschätzung auseinander (VB 208.6 S. 30). Wenn die behandelnde Ärztin in ihrem Bericht vom 31. März 2022 erneut psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (schädlicher Gebrauch), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, diagnostizierte (E. 6.2.1. hiavor), stellt dies lediglich eine andere Würdigung desselben Sachverhalts dar. Die von der Beschwerdeführerin erwähnte Gewichtszunahme war den Gutachtern be-

kannt, wobei diese gestützt auf anamnestische Angaben gar von einer Gewichtszunahme von 40 kg in 18 Monaten ausgingen (VB 208.4 S. 16; VB 208.6 S. 17). Im internistischen Teilgutachten wurde diesbezüglich ausgeführt, es lägen bei der Versicherten "mehrere Risikofaktoren für ein metabolisches Syndrom vor, dass ein erhöhtes Risiko für z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen repräsentiert". Derzeit seien jedoch keine Folgeschäden ersichtlich (VB 208.4 S. 21). Soweit Dr. med. I. in ihrem Bericht vom 31. März 2022 ausführte, die Beschwerdeführerin sei im Vergleich zu 2020 deutlich vorgealtert, handelt es sich um keine die Arbeitsfähigkeitseinschätzung beeinflussende Tatsache. Für die Bestimmung des Rentenanspruchs ist indes, grundsätzlich unabhängig von der Diagnose und unbesehen der Ätiologie, massgebend, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit vorliegt (nicht publ. E. 4.2.3 des Urteils BGE 141 V 585, veröffentlicht in SVR 2016 IV Nr. 102, 8C_590/2015; Urteil 8C_874/2017 vom 23. Mai 2018 E. 5.2.2). Aus dem Bericht von Dr. med. I. vom 31. März 2022 ergibt sich nicht, ob und in welchem Ausmass die von dieser erhobenen Befunde die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin einschränken sollen. Der von der Beschwerdeführerin ins Recht gelegte Bericht ist folglich nicht geeignet, das psychiatrische Teilgutachten in Frage zu stellen.

6.2.

6.2.1.

Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, das PMEDA-Gutachten vom 10. November 2021 sei "als Entscheidungsgrundlage [...] unverwertbar". Dies begründet sie unter anderem damit, dass sie im Fragebogen zur Begutachtung vom 24. Juli 2021 angeben habe, täglich eine Flasche Wein anstelle der Medikamente zu konsumieren, bei der psychiatrischen Exploration am 3. September 2021 jedoch angegeben habe, das letzte Mal vor fünf Tagen Alkohol getrunken zu haben und zwischen einer halben und einer Flasche Wein pro Woche zu trinken. Dies sei von der psychiatrischen Gutachterin in der Folge nicht thematisiert worden, was nicht den Qualitätsleitlinien für Versicherungspsychiatrische Gutachten entspreche (Beschwerde Rz. 21-22).

6.2.2.

Soweit die Beschwerdeführerin rügt, das psychiatrische Teilgutachten sei nicht gemäss den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP (aktuelle Version vom 16. Juni 2016, publ. in SZS 2016 S. 435 ff.; Richtlinien) erstellt worden, ist festzuhalten, dass diese eine Orientierungshilfe für die gutachtenden Fachpersonen darstellen und die Gutachtenspraxis im Hinblick auf die normativ massgeblichen Gesichtspunkte konkretisierend anleiten sollen (HANS-JAKOB MOSIMANN, Beitrag der Leitlinien für die Rechtsprechung, SZS 2016 S. 513). Weder Gesetz noch Rechtsprechung schreiben den Psychiatern eine Begutachtung nach den

entsprechenden Richtlinien vor (Urteile des Bundesgerichts 8C_105/2017 vom 6. Juni 2017 E. 4.4; 9C_715/2016 vom 24. Januar 2017 E. 3.2). Insbesondere verliert ein Gutachten nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die erwähnten Qualitätsrichtlinien anlehnt. Die psychiatrische Gutachterin führte aus, hinsichtlich des Alkoholkonsums habe die Beschwerdeführerin von zwei stationären Behandlungen 2017 und 2019 profitieren können, sie trinke jetzt gelegentlich Alkohol, maximal eine halbe bis eine Flasche Wein pro Woche. Zuletzt habe sie vor 5 Tagen ein kleines Glas Wein getrunken. In der Vergangenheit habe der tägliche Konsum bis zu 1,5 Flaschen pro Tag betragen. Laborchemisch würden ein erhöhter MCV, erhöhte GPT und erhöhte Gamma-GT auffallen, ein alkoholspezifisches CDT sei unauffällig. Bei bekannter Alkoholabhängigkeit sei hier dennoch von einem aktiven Gebrauch auszugehen. Eine Abstinenz sei anzuraten und eine Mitarbeit der Versicherten sei dabei medizinisch gut zumutbar und in ihrem Gesundheitsinteresse stehend. Ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit resultiere nicht, die Anamnese und "das aktuelle Labor" sprächen für einen fortgesetzten Konsum, Hinweise für einen gravierenden aktuellen Konsum oder für Folgeschäden bestünden jedoch nicht (VB 208.6 S. 23; 208.6 S. 32; 208.6 S. 41). Anders als die Vorbringen der Beschwerdeführerin nahelegen, wurden die Widersprüche bezüglich des Alkoholkonsums von der Gutachterin durchaus erkannt und auch angemessen gewürdigt.

Ebenso führte der beratende Arzt des RAD, med. pract. K., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner Aktenbeurteilung vom 28. Februar 2022 aus, es sei darauf hinzuweisen, dass unterschiedliche Angaben zum Alkoholkonsum dokumentiert seien. Aufgrund des normalen CDT-Wertes und der fehlenden Hinweise für Alkoholfolgeschäden würden die im Fragebogen gemachten Angaben nicht plausibel scheinen. Hierauf sei auch im Gutachten hingewiesen worden (VB 223 S. 2).

6.3.

6.3.1.

Weiter kritisiert die Beschwerdeführerin, im psychiatrischen Teilgutachten fehle eine Auseinandersetzung mit den Vorakten. Die Beschwerdeführerin stösst sich insbesondere daran, dass im psychiatrischen Teilgutachten mehrfach das Argument vorgebracht worden sei, dass eine von den behandelnden Ärzten und auch im ABI-Gutachten gestellte Doppeldiagnose von somatoformer und affektiver Schmerzstörung den ICD-Regeln widerspreche, ohne dass die psychiatrische Gutachterin aufgezeigt habe, weshalb eine derartige Doppeldiagnose nicht ICD-10 konform sei (Beschwerde Rz. 23 f.).

6.3.2.

Die psychiatrische Gutachterin führte bezüglich der von Dr. med. I. im Bericht vom 11. August 2014 (VB 73.2 S. 5) gestellten Diagnosen einer

rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren aus, gemäss ICD-10-Regeln sei die Kodierung von somatoformen Störungen (hier F45.41) neben affektiven Störungen (hier F33.11) nicht möglich, da Schmerzen als Teil der affektiven Störung anzusehen seien. Es werde der Eindruck einer Komorbidität vermittelt, der zumindest nicht den ICD-10-Kriterien entspreche. Eine Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit lasse sich dem Bericht nicht entnehmen (VB 208.6 S. 24; S. 33; S. 42).

Im undatierten Bericht von Januar 2015 attestierte Dr. med. I. der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 0 % in einer leidensangepassten Tätigkeit (VB 93.2 S. 16). Die psychiatrische Gutachterin führt bezüglich dieses Berichts aus, der darin angeführte psychiatrische Befund sei nicht plausibel, da im Wesentlichen subjektive Schilderungen der Versicherten als objektive Befunde wiedergegeben würden. Auch die Einschränkungen des Fähigkeitsprofils würden von subjektiven Angaben der Versicherten abgeleitet. Die angegebene medikamentöse Therapie sei insofern nicht plausibel, als auf die gemäss dem Gutachten von Dr. med. L. bei angegebener Einnahme von 40 mg täglich unterhalb des therapeutischen Bereichs liegenden "Spiegel" nicht eingegangen werde. Auch hier würden zudem erneut nicht ICD-10-konformen Doppeldiagnosen gestellt. Weiter sei es nicht plausibel, dass bei vermeintlicher Therapieresistenz oder gar einer Verschlechterung keine Therapieintensivierung sowohl in Bezug auf eine Umstellung der Medikation als auch auf eine stationäre Therapie erfolgt sei (VB 208.6 S. 26; S. 35; S. 44).

6.3.3.

Entscheidend ist, dass die Gutachterin über das vollständige medizinische Dossier verfügte und ihre Beurteilung in Kenntnis der Unterlagen abgegeben hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_651/2017 vom 19. Juni 2018 E. 4.4 mit Hinweis). Der psychiatrischen Gutachterin waren die Berichte von Dr. med. I. bekannt und sie setzte sich explizit mit deren Ausführungen auseinander. Ihre abweichende Einschätzung begründete sie nicht alleine mit den aus ihrer Sicht unzulässigen Doppeldiagnosen, sondern sie legte ausführlich und nachvollziehbar dar, weshalb sie der Meinung der behandelnden Ärztin nicht folge. Von einer fehlenden ausreichenden Auseinandersetzung mit den Vorakten kann deshalb nicht die Rede sein.

Im ABI-Gutachten hatte Dr. med. L. ebenfalls eine leichte depressive Episode (F32.0) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) diagnostiziert, jedoch ausgeführt, diese hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (VB 73.1 S. 19). Somit besteht in Bezug auf die vorliegend massgebende Beurteilung der Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit

(Urteil des Bundesgerichts 8C_874/2017 23. Mai 2018 E. 5.2.2) kein Widerspruch zum ABI-Gutachten vom 27. Oktober 2014.

6.4.

Zusammenfassend ergeben sich weder aus den Ausführungen der Beschwerdeführerin noch aus den Akten konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit des PMEDA-Gutachtens vom 10. November 2022 sprächen, sodass darauf abzustellen ist (Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, vgl. BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125 mit Hinweis auf BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Der medizinische Sachverhalt erweist sich vor diesem Hintergrund als vollständig abgeklärt, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung auf weitere Abklärungen zu verzichten ist (vgl. BGE 137 V 64 E. 5.2 S. 69, 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f.).

Gestützt auf das beweiskräftige PMEDA-Gutachten vom 10. November 2021 ist somit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (vgl. VB 208.2 S. 12). Da demnach in einer Verweistätigkeit mit einem Anforderungsprofil, wie es betreffend eine noch zumutbare Tätigkeit bereits in der Verfügung vom 22. November 2017 angenommen worden war, von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist, erübrigt sich die Durchführung eines Einkommensvergleichs. Die Beschwerdegegnerin hat das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 11. März 2022 somit zu Recht abgewiesen.

7.

7.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

7.2.

Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.00 bis Fr. 1'000.00 festgesetzt. Für das vorliegende Verfahren betragen diese Fr. 800.00 und sind gemäss dem Verfahrensausgang der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Da dieser die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt wurde, sind die Kosten einstweilen lediglich vorzu merken.

7.3.

Der Beschwerdeführerin steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) und der Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu. Der unentgeltlichen Rechtsvertreterin wird das angemessene Honorar nach Eintritt der Rechtskraft des versicherungsgerichtlichen Urteils aus der Obergerichtskasse zu vergüten sein (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO i.V.m. § 34 Abs. 3 VRPG).

7.4.

Es wird ausdrücklich auf Art. 123 ZPO verwiesen, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung der vorgemerkten Gerichtskosten sowie der der Rechtsvertreterin ausgerichteten Entschädigung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.00 werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege werden sie einstweilen vorgemerkt.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4.

Das Honorar der unentgeltlichen Rechtsvertreterin wird richterlich auf Fr. 2'450.00 festgesetzt.

Die Obergerichtskasse wird gestützt auf § 12 Anwaltstarif angewiesen, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, M^{Law} Stephanie C. Elms, Rechtsanwältin in Zug, nach Eintritt der Rechtskraft das Honorar von Fr. 2'450.00 auszurichten.

Zustellung an:
die Beschwerdeführerin (Vertreterin; 2-fach)
die Beschwerdegegnerin
die Beigeladene
das Bundesamt für Sozialversicherungen

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Aarau, 30. September 2022

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

1. Kammer

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

Kathriner

Güntert

