

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 108

Entscheid vom 11. März 2019

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
lic.iur. Josef Mathis, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt MLaw B._____,

gegen

IV-Stelle Schwyz, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,
Vorinstanz,

Gegenstand

Invalidenversicherung (Rente)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. 1971, Doppelbürgerin Schweiz/ Italien) hat die Volksschule in Lachen absolviert und eine Ausbildung als Büroangestellte absolviert (1987 - 1989, IV-act. 16-1/8). Von Juni 1989 bis Februar 1992 lebte sie in Grossbritannien. Sie ist Mutter von 2 Töchtern (Jg. 1991 und 1993, IV-act. 1-2/6). Von 2007 bis 2013 übte sie diverse Erwerbstätigkeiten als Sekretärin, im Bereich Einkauf/ Verkauf/ Beratung/ Schulung (zeitweise selbständigerwerbend) und als Sachbearbeiterin/Allrounderin (..) aus (vgl. IV-act. 16-2/8, oben). Die 2006 geschlossene Ehe wurde (...) 2013 geschieden (IV-act. 4).

B. Am 20. Februar 2014 ging bei der IV-Stelle Schwyz eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen ein. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen umschrieb A._____ mit "Verdacht chronic fatigue Syndrom - cervicocephales Schmerzsyndrom - Myasthenia gravis" (vgl. IV-act. 1-4/6, Ziff. 6.2). Nach Abklärungen veranlasste die IV-Stelle in Absprache mit dem damaligen Rechtsvertreter von A._____ (vgl. IV-act. 37) eine neurologische Begutachtung an der Klinik C._____. Bestandteil dieses Gutachtens vom 7. September 2016 (= IV-act. 48) bildete u.a. auch eine Untersuchung im interdisziplinären Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen der C._____ vom 28. April 2016 (IV-act. 48-1/17 i.V.m. IV-act. 48-12ff./17). Mit Schreiben vom 7. November 2016 mahnte die IV-Stelle A._____, sich im Rahmen der Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht in eine augenärztliche Behandlung zu begeben und eine Brillenanpassung vorzunehmen (IV-act. 52). Daraufhin teilte A._____ am 21. November 2016 mit, dass sie seit September 2016 in augenärztlicher Behandlung bei Dr.med. D._____ (Ophthalmologie/ Ophthalmochirurgie FMH) in Behandlung sei (IV-act. 54).

C. In der Folge erteilte die IV-Stelle - in Absprache mit dem damaligen Rechtsvertreter von A._____ (IV-act. 64) - den Auftrag für eine augenärztliche Begutachtung an der Augenklinik der C._____. Das entsprechende Gutachten vom 4. Mai 2017 ging am 21. Juni 2017 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 66). Der konsultierte RAD-Arzt empfahl, eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung durchführen zu lassen (IV-act. 67-6/6). Der Begutachtungsauftrag wurde der Gutachterstelle W._____ zugestimmt (IV-act. 71, 72). Nachdem es zu Differenzen zwischen dieser Gutachterstelle und der IV-Stelle hinsichtlich der Berücksichtigung von Unterlagen der IV-Abteilung BVM (Bekämpfung Versicherungsmissbrauch) kam, erklärte die IV-Stelle sinngemäss, dass ein Gutachten ohne Berücksichtigung der BVM-Akten unverwertbar bzw. wertlos sei, weshalb der Gutachterauftrag anderweitig vergeben werde (IV-act. 82).

D. Der neue interdisziplinäre Begutachtungsauftrag wurde der MEDAS X._____ zugestellt (IV-act. 83). Diese Information sowie die Namen der Gutachter wurden dem (damaligen) Rechtsvertreter von A._____ mit Schreiben vom 23. Januar 2018 bekanntgegeben (IV-act. 87). Nachdem sich dieser Rechtsvertreter telefonisch bei der IV-Stelle gemeldet hatte, erläuterte die IV-Stelle mit Schreiben vom 20. Februar 2018 noch schriftlich, weshalb nach Auffassung der IV-Stelle ein anderes MEDAS-Gutachten nötig wurde (IV-act. 93).

Am 4. Juni 2018 ging bei der IV-Stelle das (ungeachtet der Differenzen mit der IV-Stelle fertig gestellte) W._____ -Gutachten vom 1. Juni 2018 ein (vgl. IV-act. 94). Am 6. Juni 2018 folgte das Gutachten der MEDAS X._____ vom 5. Juni 2018 (IV-act. 95). Der RAD-Arzt Dr.med. E._____ empfahl in seiner Stellungnahme vom 9. Juli 2018, auf die Ergebnisse des Gutachtens der MEDAS X._____ abzustellen (IV-act. 97-3/4).

E. Nach Einblick in die IV-Akten und in die nachträglich zugestellten BVM-Unterlagen legte der damalige Rechtsvertreter von A._____ in zwei Eingaben (vom 11.9.2018 und vom 27.9.2018) dar, weshalb dem Vorbescheid vom 25. Juli 2018 (= IV-act. 99) nicht zu folgen sei, weshalb ein Obergutachten nötig sei und weshalb den BVM-Unterlagen nichts Relevantes hinsichtlich der gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu entnehmen sei (IV-act. 104, 105, 107).

F. Am 25. Oktober 2018 verfügte die IV-Stelle gegenüber A._____ sinngemäss, dass der IV-Grad 10% betrage, dass kein Rentenanspruch bestehe und dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 110).

G. Gegen diese Verfügung liess A._____ am 26. November 2018 durch ihren neuen Rechtsanwalt rechtzeitig beim Verwaltungsgericht Schwyz Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 25.10.2018 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

H. Mit Vernehmlassung vom 22. Januar 2019 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei vollzuständig abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin. Zudem sei festzustellen, dass das W._____ Gutachten vom 1. Juni 2018 auf unvollständiger Aktenbasis beruhe und damit nicht verwertbar sei.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Nach Art. 4 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG; SR 831.20) vom 19. Juni 1959 in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

Die versicherte Person hat nach Art. 28 Abs. 2 IVG

- Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent,
- Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent,
- Anspruch auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent,
- und Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid ist.

1.2 Der Invaliditätsgrad bestimmt sich nach Art. 16 ATSG, wonach zur Ermittlung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt wird, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Es ist für die Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. A., Art. 28a N 27).

1.3 Die Invalidität bemisst sich somit nicht nach medizinischen, sondern nach wirtschaftlichen, erwerblichen Kriterien, nach der Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist das Unvermögen, auf dem gesamten für die versicherte Person in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 25 Erw. 3d). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 Erw. 1b).

1.4 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts zu sorgen (BGE 122 V 157 Erw. 1a). Mit dem Untersuchungsgrundsatz korrelieren die Mitwirkungspflichten der versicherten Person, indem diese zur Abklärung des Sachverhaltes beitragen muss (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 53-57 IVG N 10 mit Verweis auf BGE 122 V 157 Erw. 1a).

1.5.1 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 Erw. 4).

1.5.2 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; 122 V 157 Erw. 1c). Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialisten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist regelmässig volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 Erw. 1.3.4 mit Hinweis).

1.5.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist mithin entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a).

1.5.4 In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: Sache des (begutachtenden) *Mediziners* ist es erstens, den *Gesundheitszustand zu beurteilen* und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu *beschreiben*, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die *Befunde* zu erheben und gestützt darauf die *Diagnose* zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall Gerichte nicht kompetent sind (z.B. Bundesgerichtsurteil 9C_437/2012 vom 6.11.2012 Erw. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr *nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung*, d.h. sie gibt eine *Schätzung* ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine *wichtige Grundlage* für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person *noch zugemutet werden können* (so die mit BGE 105 V 156 Erw. 1 S. 158 f. begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 Erw. 4).

1.5.5 Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 676/05 vom 13.3.2006 Erw. 2.4 mit Verweis auf die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: SAeZ 2004 S. 1050 f.).

1.6 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3. A. Rz. 153; Urteil 8C_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 140 Erw. 5.3).

2. Den vorliegenden Akten sind zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Versicherten und zum Verlauf während des ab 20. Februar 2014 laufenden Abklärungsverfahrens u.a. die nachfolgend dargelegten Angaben zu entnehmen.

Vorab ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin zu Beginn des Abklärungsverfahrens gegenüber der IV-Stelle erklärte: "Meine Krankheit hat im September 2013 begonnen, vorher war ich gesund" (IV-act. 22).

Rund 3 Jahre später berichtete die Versicherte anlässlich einer Untersuchung vom 14. März 2017 (vgl. nachfolgend, Erw. 2.7) was folgt (IV-act. 66-1/10):

Die Versicherte berichtet, im Juni 2012 aufgrund von Eiter im Bauchraum eine offene Bauchoperation gehabt zu haben, worauf eine 2-wöchige Hospitalisation erfolgte (laparoskopische Bridenlösung und Laparotomie und Appendektomie bei nekrotischer Bride). Die Versicherte berichtet, schon wenige Tage vor der Notfalloperation aufgrund von Bauchschmerzen im Spital gewesen zu sein, die Situation sei aber zuerst falsch eingeschätzt worden. Im Rahmen der Rekonvaleszenz nach der Operation traten erstmals Fatiguebeschwerden und Schwächegefühl auf, welche sich dann über die nächsten Monate verstärkten. Im Verlauf des Jahres 2013 kam es dann auch zu Nackenschmerzen, diffusen Gliederschmerzen und Doppelbildern. Seither zeigten sich ständig Doppelbilder, wobei die Ausprägung tages- und belastungsabhängig sei.

2.1 Nach der am 20. Februar 2014 eingegangenen IV-Anmeldung, in welcher die Versicherte auf drei verschiedene behandelnde Ärzte verwies (IV-act. 1-5/6), forderte die IV-Stelle von diesen Ärzten entsprechende Berichte an. Dr.med. F._____, welcher die Versicherte seit 2013 behandelt, stellte in seinem Bericht vom 26. Februar 2013 (recte: 2014) die Diagnose einer Myasthenia gravis (ED 1/2014; die aktuelle Symptomatik umschrieb er mit "Schwäche, fehlende Muskelkraft" (IV-act. 13, Ziff. 1.1 und 1.4).

Dr.med. G._____ (Chefarzt Klinik für Innere Medizin, J._____), welcher die Versicherte vom 27. November 2013 bis 5. Dezember 2013 behandelte, stellte im Bericht vom 28. Februar 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 14-2/4):

Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwäche unklarer Aetiologie
Rezidivierend erhöhte subfebrile Temperatur
Haarausfall, Gliederschmerzen unklarer Aetiologie
Intermittierende Diarrhoe seit Mexikoreise 2013
Repetitive Bronchitiden ohne strukturelle Lungenkrankheit

Diese Beschwerden bestünden seit ca. September 2013. Ein Arbeitsversuch Ende November sei gescheitert; die Patientin sei am Arbeitsplatz synkopiert. Solange die Krankheit aetiologisch unklar bleibe, sei die Beeinflussbarkeit mangelhaft und die Prognose deshalb ungünstig (vgl. IV-act. 14-2f./4, Ziff. 1.4).

Dr.med. H._____ (Fachärztin FMH für Neurologie) führte in ihrem Bericht an die IV-Stelle vom 28. Februar 2014 aus, die Erstmanifestation der Krankheit sei im September 2013 erfolgt; die Diagnose sei noch offen. Zunächst sei eine Myasthenia gravis vermutet worden, allerdings bislang ohne Bestätigung im Labor

und bei Therapieversuch; es seien noch weitere Untersuchungen zur Klärung der Diagnose am Laufen (IV-act. 15).

2.2 Nach einer Untersuchung vom 16. Juni 2014 stellte Dr.med. H._____ in ihrem Bericht an den Hausarzt Dr.med. F._____ folgende Diagnosen (IV-act. 23-4/5):

- Dringender Vd. a. Myasthenia gravis, aktuell klinisch leichtgradig generalisiert und oculär betont, EM 09/2013, ED 02/2014
- Positiver Simpson-Test
- Ach-Rezeptor-AK: negativ; CT Thorax 14.02.2014: kein Thymom
- Knapp pathologischer Dekrement in der repetitiven Nervenstimulation

In ihrer Beurteilung führte Dr.med. H._____ aus, aufgrund der Therapie-Antwort auf Mestinon zu mindestens im Bereich der Extremitäten dürfte es sich tatsächlich trotz negativen Befunden in den Zusatzuntersuchungen um eine oculärbetonte Myasthenia gravis handeln.

Im Verlaufsbericht vom 15. August 2014 an die IV-Stelle führte die gleiche Ärztin u.a. aus, unter der Behandlung mit Mestinon sei eine Verbesserung der Ausdauer und der Kraft erfolgt. Im Bereich der Augen bestünden unverändert beim Blick nach oben und zur Seite sowie insbesondere abends auch beim Blick geradeaus Doppelbilder. Am Abend seien der Versicherten das Fernsehen und Lesen unmöglich (IV-act. 25). Eine versuchsweise Behandlung mit Imurek (IV-act. 27) wurde gemäss Bericht vom 18. August 2015 wegen Nebenwirkungen abgesetzt (IV-act. 30).

2.3 In der Folge übernahm die IV-Stelle die Kosten für eine neurologische sowie eine neuroophthalmologische Abklärung (IV-act. 33 bis 42). Das von Dr.med. K._____ (Oberarzt), Dr.med. L._____ (Assistenzärztin) und Dr.med. M._____ (Assistenzarzt) unterzeichnete neurologische C._____ - Gutachten wurde am 7. September 2016 erstattet (IV-act. 48). Bestandteil dieses Gutachtens bildete u.a. auch eine Untersuchung im interdisziplinären Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen des C._____ vom 28. April 2016 durch die Assistenzärztin Dr.med. N._____ und den Oberarzt PD.Dr.med. O._____ (vgl. IV-act. 48-1/17 i.V.m. IV-act. 48-12ff./17). Die Ergebnisse dieser Abklärungen am C._____ wurden u.a. wie folgt zusammengefasst (IV-act. 48-7f./17):

1. Subjektiv verminderte Leistungsfähigkeit unklarer Genese
2. Ophthalmologische Befunde
 - 2.1 Dekompensierte Exophorie
 - 2.2 Myopie und Astigmatismus beidseits
 - 2.3 Beginnende Presbyopie

ad 1.

In Zusammenschau der Anamnese, der klinischen Untersuchung und der Zusatzuntersuchungen ergeben sich keine sicheren Hinweise für eine den Beschwerden zugrunde liegende generalisierte Myasthenie oder anderer neuro-muskulären Übertragungsstörung (wie z.B. Lambert-Eyton Syndrom). Diese Beurteilung stützt sich auf folgende Befunde: anamnestisch keine sicheren tageszeitlichen Schwankungen der Symptomatik (insbesondere keine Verschlechterung im Tagesverlauf), keine bulbären Symptome, keine Ptose, normal elektrophysiologische Befunde in der aktuellen Untersuchung, normwertige Laborwerte, negative Serologien, keine Thymuspathologie im CT-Thorax. Aus neurologischer Sicht bleibt die Ätiologie der subjektiv verminderten Leistungsfähigkeit somit unklar. Differentialdiagnostisch kommt eine nicht-neurologische Ursache im Sinne einer psychiatrischen Begleiterkrankung in Betracht, was jedoch nicht unserer fachspezifischen Kenntnis obliegt und ggf. anderweitig fachärztlich abgeklärt werden könnte.

ad 2.

Zur Abklärung einer rein okulären Myasthenie haben wir ein neuro-ophthalmologisches Teilgutachten initiiert. Gemäss der Beurteilung des Teilgutachtens vom April 2016 lassen sich die Doppelbilder am ehesten auf eine dekompenzierte Exophorie und eine Myopie sowie einen beidseitigen Astigmatismus zurückführen. Diese Interpretation stützt sich auf folgende Befunde: pathologischer Covertest und Hess-Test, Refraktionsbestimmung, Prismenversuche. Aus neuro-ophthalmologischer Sicht gibt es somit auch keine Hinweise für eine okuläre Myasthenie.

Die neuro-ophthalmologischen Teilbegutachter haben Empfehlungen zur Korrektur der ophthalmologischen Defizite ausgesprochen (C-Skiaskopie und subjektive Refraktion zur Anpassung einer Brille bzw. Lesebrille, Prismen-Anpassung). Eine sekundäre Genese der Fatigue, oder zumindest deren Exazerbation durch chronische Doppelbilder ist möglich. Ein ophthalmologischer Korrekturversuch könnte sich somit auch positiv auf die Fatigue auswirken.

Arbeitsunfähigkeit: Aus neurologischer Sicht ergibt sich aufgrund der angegebenen Diagnose (Myasthenie) keine Arbeitsunfähigkeit.

Weiter führten die Gutachter u.a. aus, die aufgeführten Defizite seien objektiv vorhanden und eine Aggravation dieser Befunde sei wenig wahrscheinlich (IV-act. 48-8/18 unten). Eine Verbesserung durch Korrektur der ophthalmologischen Defizite werde als möglich erachtet (IV-act. 48-9/17, Ziff. 3.3). Hinsichtlich der Konsistenzprüfung und zur Fragestellung, ob Diskrepanzen zwischen Symptomen und dem gezeigten Verhalten in der Untersuchungssituation vorliegen würden, hielten die Gutachter fest (IV-act. 48-10/17 oben):

- hinsichtlich der Doppelbilder sind die Untersuchungsbefunde konsistent.
- hinsichtlich der subjektiv verminderten Leistungsfähigkeit lag der Besinger-Score in der Evaluation vom 05.11.2015 bei 2/24 Punkten (3 Stunden vorher Einnahme von 60 mg Mestinon), hingegen in der Evaluation vom 28.04.2016 (45 Minuten vorher Einnahme von 60 mg Mestinon) bei 8/24 Punkten. Mögliche Ursachen dieser Diskrepanz sind z.B. die unterschiedliche Instruktion durch verschiedene Untersucher, aber auch die zum Zeitpunkt der jeweiligen Untersuchung vorhandene Motivation der Versicherten, welche jedoch objektiv kaum verlässlich zu beurteilen ist. Den aktenanamnestisch bei Frau Dr. H. _____ dokumentierten positiven Simpson-Test nach 4 Sekunden können wir nicht objektivieren. Die Schilderung der klinischen Beschwerden (subjektiv eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Doppelbilder) war in den verschiedenen Konsultationen konsistent.

Zur eingeschränkten Leistungsfähigkeit machte die Versicherte u.a. geltend, sie müsse sich nach dem morgendlichen Duschen aufgrund der allgemeinen Erschöpfung erneut hinlegen und könne am Nachmittag nur eine limitierte Zeit (Grössenordnung von ca. 10 Minuten) mit dem Hund spazieren gehen. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit sei ebenfalls bei Hausarbeiten vorhanden (IV-act. 48-10/17, Ziff. 5.2).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, aus rein neurologischer Sicht bestehe keine gesicherte Diagnose, welche mit einer reduzierten Arbeitsfähigkeit einhergehen würde. Inwieweit die subjektiv eingeschränkte Leistungsfähigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründe, entziehe sich der fachspezifischen Kenntnis der Gutachter. Die ophthalmologischen Defizite würden hingegen deutlich die Arbeitsfähigkeit als Sachbearbeiterin beeinflussen, da die Versicherte aufgrund der Doppelbilder bei Lese- und PC-Arbeiten eingeschränkt sei. Primär sollten hier die Korrektorempfehlungen aus dem neuroophthalmologischen Teilgutachten umgesetzt werden.

2.4 In einer Eingabe vom 19. Oktober 2016 an die IV-Stelle machte Dr.med. H._____ u.a. geltend, dass die Antikörper im Blut negativ gewesen seien, was eine Myasthenia gravis keinesfalls ausschliesse. Immerhin reagiere die Versicherte partiell auf die Therapie mit Mestinon, was eindeutig für die Diagnose spreche. Im Ergebnis ersuchte diese Ärztin die IV-Stelle, die Diagnose einer Myasthenia gravis zu akzeptieren und dem "Anspruch der Patientin an die IV rückwirkend gerecht zu werden" (IV-act. 50).

2.5 Dem RAD-Arzt Dr.med. E._____ (FMH Allgemeinmedizin) fiel bei der Würdigung der medizinischen Akten am 3. November 2016 auf, dass das neurologische C._____ -Gutachten zu einer ganz anderen Diagnose gelange als die Neurologin Dr.med. H._____, indes letztere in einem neuen Kurzbericht bereits dagegenhalte. Das C._____ -Gutachten erweise sich als seriöse Abklärung. Im Rahmen der Mitwirkungspflichten müsse sich die Versicherte in eine augenärztliche Behandlung begeben zur Beurteilung und Anpassung einer Brille; der betreffende Augenarzt solle eine Kopie des C._____ -Gutachtens erhalten; in der Folge solle von diesem Augenarzt ein Bericht eingeholt werden (IV-act. 51-5/5).

2.6 Der die Versicherte seit 23. September 2016 behandelnde Augenarzt Dr.med. D._____ (Ophthalmologie/ Ophthalmochirurgie FMH) stellte in seinem Bericht vom 9. Dezember 2016 folgende Diagnosen (IV-act. 56):

1. Exophorie mit leichter V-Schielform (sehr schwankend, dekompensierend), starke Konvergenzschwäche, reduzierte Steropsis
2. Fixationsunruhe, Fusionsprobleme

3. Fragliche Myasthenia gravis ED 02/2016
 - Klinische Diagnose, Acetylcholinesterase-Rezeptor-Antikörper negativ
4. Myopia parva/ Astigmatismus/ Presbyopie beidseits
 - Kontaktlinsenversorgung

In seiner Beurteilung führte dieser Augenarzt aus, dass "ein wirkliches Problem vorliegt, dieses ist aber leider nur etwas diffus zu umschreiben", wie in der Diagnoseliste genannt und auch in der Ausprägung variabel. Mit Sicherheit könne gesagt werden, dass aufgrund der aktuellen Untersuchung eine einfache Brillenversorgung mit Prismen keine Lösung des Problems darstelle (IV-act. 56-2/3).

2.7 In der Folge gab die IV-Stelle ein augenärztliches Gutachten bei Prof. Dr.med. P._____ (Direktorin der Augenklinik des C._____) in Auftrag. Diesem Gutachten vom 4. Mai 2017 (sig. von Dr.med. Q._____, Assistenzärztin und visiert von der Klinikdirektorin) sind u.a. die folgenden Angaben zu entnehmen (IV-act. 66-5/10 oben):

1. Ophthalmologische Diagnosen:
 - Exophorie/ Mikroexotropie für die Ferne und dekompenzierende Exophorie für die Nähe (Konvergenzinsuffizienz)
 - Myopie und Astigmatismus beidseits
 - Presbyopie
2. subjektiv verminderte Leistungsfähigkeit unklarer Ursache

In der Beurteilung wurde u.a. ausgeführt, die beschriebenen Beschwerden seien weiterhin im Rahmen einer Schielproblematik zu sehen, wobei sich bei der aktuellen Untersuchung je nach Untersuchungszeitpunkt eine Verschlechterung von einer Exophorie (= latentes Aussenschielen) zu einer Mikroexotropie (= manifestes Mikraussenschielen) zeigte, es also objektiv seit 2016 eher zu einer Zunahme der Beschwerden kam. Aufgrund des grösseren Schielwinkels in der Nähe als in der Ferne (= Konvergenzinsuffizienz) sei der Erfolg einer operativen Versorgung unsicher, dennoch werde aufgrund des hohen Leidensdrucks eine solche empfohlen. Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, aus rein ophthalmologischer Sicht ergebe sich aufgrund der Exophorie/ Exotropie mit ständigen Doppelbildern eine teilweise Arbeitsunfähigkeit als Sachbearbeiterin (IV-act. 66-5/10). Im Übrigen wurde darauf hingewiesen, dass die aufgeführten konkreten Defizite objektiv vorhanden seien und eine Aggravation dieser Befunde wenig wahrscheinlich sei (IV-act. 66-6/10 unten).

2.8 Der RAD-Arzt Dr.med. E._____ stellte am 4. Juli 2017 nach Prüfung des neuen C._____-Gutachens fest, dass sich weiterhin eine ziemlich unklare Situation präsentiere. Einerseits bestünden Doppelbilder, welche organisch teilweise erklärbar seien: "Ausmass und Charakter dieser Doppelbilder (dauernd ändernder Charakter der Bilder, 'zweites Bild tanzt um das erste Bild herum') erstaunen aber doch und sind nicht wirklich erklärbar". Die im Gutachten erwogene

Möglichkeit einer Schieloperation könne - nachdem keine eindeutige Prognose möglich sei - nicht im Rahmen der Schadenminderungspflicht als Auflage gefordert werden. Nachdem sowohl im neurologischen, wie auch im ophthalmologischen C._____ -Gutachten eine zusätzliche psychiatrische Abklärung angefragt wurde, weil die Muskelschwäche und Gliederschmerzen organisch nicht erklärbar seien, empfahl der RAD-Arzt eine polydisziplinäre Abklärung (IV-act. 67-6/6). Die entsprechende Mitteilung und der Fragenkatalog wurden dem damaligen Rechtsvertreter von A._____ zugestellt, welcher sich mit diesem Vorgehen einverstanden erklärte (vgl. IV-act. 68 bis 70).

2.9 Der Begutachtungsauftrag wurde der Gutachterstelle W._____ zugestellt (IV-act. 71, 72). Nachdem diese Gutachterstelle zusätzlich zu den IV-Akten noch Unterlagen der IV-Abteilung BVM (Bekämpfung Versicherungsmissbrauch) erhalten hatte, retournierte die Leitung der Gutachterstelle diese zusätzlichen Unterlagen mit Schreiben vom 13. Oktober 2017 an die IV-Stelle mit der sinngemässen Begründung, solange der Anwalt der Versicherten davon keine Kenntnis habe, würden solche Unterlagen den einzelnen Gutachtern nicht weitergeleitet, um einseitige Beeinflussungsversuche von Gutachtern zu vermeiden (vgl. IV-act. 76). Daraufhin forderte der damalige Rechtsvertreter der Versicherten mit Schreiben vom 24. Oktober 2017 von der IV-Stelle Einblick in die BVM-Akten mit der Begründung, es sei ihm zugetragen worden, dass solche Unterlagen existieren würden (IV-act. 77). In der Antwort vom 27. Oktober 2017 ersuchte die IV-Stelle den Rechtsvertreter um Bekanntgabe der Angaben, woher die Informationen bezüglich BVM stammen würden (IV-act. 78). Am gleichen Tag teilte die IV-Stelle der Gutachterstelle W._____ mit, dass gemäss Schreiben des BSV vom 10. und 12. Oktober 2015 an die gleiche Gutachterstelle für den Begutachtungsprozess sämtliche Akten zu berücksichtigen seien (IV-act. 79). Mit Schreiben vom 27. November 2017 an die Gutachterstelle W._____ erklärte die IV-Stelle sinngemäss, dass ein Gutachten ohne Berücksichtigung der BVM-Akten unverwertbar bzw. wertlos sei, weshalb der Gutachterauftrag anderweitig vergeben werde und die IV-Stelle nicht bereit sei, für ein unverwertbares Gutachten Kosten zu tragen (IV-act. 80). In der Antwort vom 28. November 2017 betonte die Gutachterstelle W._____, es bestehe die Bereitschaft, BVM-Akten zu würdigen "wenn seitens der IV-Stelle das rechtliche Gehör gewährleistet worden ist" (IV-act. 81). Mit Schreiben vom 7. Dezember 2017 an die Gutachterstelle W._____ erklärte die IV-Stelle sinngemäss, dass das rechtliche Gehör auch den Inhalt von BVM-Akten umfasse, indes nach Auffassung der IV-Stelle dieses rechtliche Gehör "spätestens zum Zeitpunkt des Rentenvorbescheids zu gewähren sei" (IV-act. 82).

Ungeachtet dessen, dass die IV-Stelle von einer Begutachtung durch die W._____-Gutachterstelle Abstand genommen hatte, wurde das interdisziplinäre W._____-Gutachten am 1. Juni 2018 fertiggestellt (Eingang bei der IV-Stelle am 4.6.2018). Darin gelangten die Gutachter zum Ergebnis, dass zusammengefasst in einer einfachen Tätigkeit ohne Notwendigkeit von Lesen oder Schreiben oder körperlichen Anstrengungen sowie hinreichenden Pausen eine Arbeitsfähigkeit von maximal 40% zu veranschlagen sei. Eine höhere Arbeitsfähigkeit falle ausser Betracht, da die Versicherte "nur kurzzeitig die Exophorie mit grosser Anstrengung korrigieren" könne (IV-act. 94-14/94).

2.10.1 Das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS X._____- vom 5. Juni 2018 wurde von folgenden Sachverständigen unterzeichnet (IV-act. 95-2/142):

- Dr.med. I._____- (Neurologie FMZ/ Vertrauensarzt SGV/ zertif. med. Gutachter SIM/ zertif. Arbeitsfähigkeitsassessor SIM)
- Dr.med. S._____- (Allg. Innere Medizin/ zertif. med. Gutachter SIM)
- Dr.med. T._____- (Ophthalmologie FMH)
- Dr.med. U._____- (Orthop. Chirurgie u. Traumatologie d. Bewegungsapparates FMH/ zertif. med. Gutachterin SIM)
- lic. phil. V._____- (Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP/ zerif. neuropsychologischer Gutachter SIM)
- med.prakt. R._____- (Fachärztin für Psychiatrie u. Psychotherapie)

2.10.2 Diese Gutachter gelangten im Rahmen einer interdisziplinären Beurteilung zu folgenden Diagnosen (IV-act. 95-37/142):

Relevante Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

Aus ophthalmologischer Sicht Exophorie, in die Nähe dekompensierend (ophthalmologisch mit nicht gänzlich geklärter Diplopie, mit subjektiv verminderter Leistungsfähigkeit unklarer Ursache, in interdisziplinärer Gesamtschau jedoch erhebliche Zweifel an der Validität der subjektiven Symptombeschreibung)

Relevante Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- Myopie mit Astigmatismus
- Beginnende Presbyopie
- Neuropsychologisch sind Nicht-authentische, höchstens minimale neuropsychologische Einschränkungen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktion) mit/bei Aggravation feststellbar
- Im psychiatrischen Fachgebiet lässt sich keine arbeitsrelevante Diagnose stellen.
- Neurologisch besteht keine arbeitsrelevante Diagnose, insbesondere keine Myasthenia gravis (weder generalisiert noch okulär), aber deutliche Hinweise für mindestens deutliche Aggravation und teils (bewusstseinsnahe) negative Antwortverzerrung
- Rezidivierend auftretender Eisenmangel
- St.n. Diarrhoe unklarer Genese/ Reisediarrhoe 09/2013 und 03/2015
- Orthopädisch findet sich ein normaler orthopädischer Status ohne Auffälligkeiten. (Die Sonographie beider Hände bei Dr. Y._____- am 18.01.2018 war

normal, Rheumafaktoren waren unauffällig, wie auch das MRI der ganzen Wirbelsäule keine grossen Auffälligkeiten zeigte mit wenig Degeneration und keinen Hinweisen auf ein entzündliches Geschehen. Die Versicherte leidet an einer Psoriasis, welche jedoch momentan nicht aktiv ist. Theoretisch könnte die Versicherte an einer Psoriasis-Arthritis leiden, dazu fehlen jedoch die klinischen und radiologischen Befunde).

Zusammengefasst besteht ein subjektives chronisches Ganzkörperschmerzsyndrom, aus orthopädischer Sicht unklarer Genese, jedoch müssen in interdisziplinärer gutachterlicher Gesamtschau angesichts der erheblichen Inkonsistenzen (kaum Therapie, bewusste Falschangabe zur Mestionon-Einnahme, fehlendes Schmerzausdrucksverhalten, fehlende somatische Pathologie, mögliche Reiseaktivitäten versus subjektiv völlige Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten, etc.) diese subjektiven Angaben und alle darauf basierenden versicherungsmedizinischen Angaben als nicht hinreichend valide beurteilt werden.

2.10.3 Was die funktionellen Auswirkungen der Befunde/ Diagnosen anbelangt, führten die Gutachter im interdisziplinären Konsensus u.a. aus (IV-act. 95-37f./142, Ziff. 4.3):

- Eine Myastenia gravis kann weder als okuläre noch als generalisierte Form objektiviert werden. Eine Einschränkung des Fähigkeitsprofils ergibt sich somit aus neurologischer Sicht nicht.
- Es kann ophthalmologisch lediglich eine Exophorie (Schielen), in der Nähe dekompenzierend (in der Ferne aber kompensiert) beschrieben werden. Aus ophthalmologischer Sicht sind lediglich leichte Schwierigkeiten beim Lesen oder am Bildschirm erklärbar, nicht aber die angegebene dauernde Diplopie auch in die Ferne. Die zeitweise dekompenzierende Nahexophorie mit erklärbaren Doppelbildern begründet nur eine minimale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (ganztätig, Leistungsfähigkeit 90%), nicht aber eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Verweistätigkeit.
- Aus orthopädischer Sicht sind keine Diagnosen mit Arbeitsrelevanz begründbar, ergeben sich somit auch keine plausiblen Gründe für eine Minderung des Fähigkeitsprofils, welche über eine altersentsprechende Tätigkeit hinausgehen würde. (...)

Auch aus internmedizinischer Sicht können keine Diagnosen mit Arbeitsrelevanz objektiviert werden. Auch hinsichtlich der ehemals beschriebenen Diarrhoen blieben alle internmedizinischen Abklärungen (kardiologisch, endokrinologisch, gastroenterologisch) unauffällig ohne plausible Erklärung, wurden teilweise als Reisediarrhoe klassifiziert (Hinweis aber auf Fernreise 2015 trotz attestierter Arbeitsunfähigkeit und Taggeldbezug). Zumindest auch aktuell sind während der Begutachtungen keine Diarrhoen beobachtbar gewesen (...).

- Aus neuropsychologischer Sicht kann aufgrund der nicht authentischen Leistungsminderung kein valides negatives Fähigkeitsprofil erstellt werden, dürfen aber höchstens minime neuropsychologische Einschränkungen angenommen werden. (Siehe Ausführungen zu Befundinkonsistenzen!)

- Aus psychiatrischer Sicht sind keine Diagnosen mit versicherungsmedizinischer Relevanz feststellbar. Fähigkeiten und Ressourcen sind im hohen Masse vorhanden. (...)
Es lassen sich keine medizinisch begründeten Funktionsstörungen oder medizinisch begründbare Abgrenzungen finden. (...)
- Die Versicherte spricht mehrere Sprachen und hat viele Jahre als Sachbearbeiterin gearbeitet. Sie ist gut unterstützt von der Familie und vom Lebenspartner - auch finanziell. Die Versicherte hat gute Ressourcen, welche theoretisch eine gute Möglichkeit bieten würden für eine Re-Integration.

2.10.4 Unter Ziffer 4.5 des Gutachtens (Diskussion von Belastungsfaktoren und Ressourcen) hielten die Sachverständigen ausdrücklich fest, die von der Versicherten geltend gemachten Angaben, wonach sie sich keinerlei Arbeitstätigkeit vorstellen könne, seien aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Eher dürften angesichts erheblicher Befundinkonsistenzen externe Anreize als Grundlage für diese medizinisch nicht nachvollziehbaren Angaben angesehen werden (ohne versicherungspsychiatrisches zugrundeliegendes erklärendes Korrelat, vgl. IV-act. 95-39/142).

2.10.5 Unter Ziffer 4.6 des Gutachtens folgen detaillierte Angaben zur Konsistenzprüfung. Dabei fällt als erstes auf, dass die Versicherte eine tägliche hochdosierte Einnahme von Mestinon (zur Behandlung der von der sie betreuenden Neurologin angenommenen Myasthenie) geltend machte, namentlich auch für den Tag der Begutachtung, vgl. IV-act. 95-18/142 Mitte, siehe auch IV-act. 95-15 unten, 95-17 unten). Eine durchgeführte Medikamentenspiegelkontrolle ergab, dass der Wirkstoff von Mestinon im Blut der Versicherten nicht nachweisbar war, obwohl die Einnahme des Medikaments wiederholt erfragt und von der Versicherten bestätigt worden war. Diese bewusste Angabe der täglichen regelmässigen Einnahme von Mestinon konnte nicht belegt werden, was als eine bewusste negative Antwortverzerrung gewertet werden müsse (vgl. IV-act. 95-25/142, oberhalb der Mitte). Dies könne "die so scheinbare Therapieresistenz auch entsprechend weit besser" erklären, zumal eben auch gemäss C._____ diese Diagnose (gleichermassen zur Einschätzung gemäss MEDAS X._____) gar nicht bestätigt werden könne (keine Tages- und Belastungsabhängigkeit, Sero-negativität, nicht bestätigtes Dekrement in der Serienstimulation, vgl. IV-act. 95-39/142, Ziff. 4.6).

Eine "Verdeutlichung der Beschwerden bis Aggravation" wurde aus ophthalmologischer Sicht daraus abgeleitet, dass sich einzig "eine Exophorie (Schielen) in die Nähe viel ausgesprochener als in die Ferne, welche in die Nähe rasch dekomponiert", finden liess, was Schwierigkeiten beim Lesen oder am Bildschirm, nicht aber die angegebene dauernde Diplopie auch in die Ferne erkläre. Des Weiteren

wurde darauf hingewiesen, dass "eine Diplopie in die Ferne in alle Blickrichtungen und der Charakter der Doppelbilder mit einem ruhigen und einem sich drumherum bewegenden und sich dauernd änderndem Bild" atypisch für jegliche Strabismusformen sei (IV-act. 95-39/142 unten).

Als diskrepant wurden die Angaben der Versicherten beurteilt, wonach sie nur Sekundenbruchteile fixieren und nicht lesen sowie auch nicht in die Ferne stabil sehen könne. Denn diese Angaben würden den Beobachtungen völlig widersprechen. Die Versicherte habe sowohl im Rahmen der Begutachtung im C._____, als auch aktuell im psychiatrischen und neuropsychologischen Abklärungsteil "sehr wohl Testblätter schriftlich und auch am PC bearbeiten" können. Sie habe sich jederzeit stabil im Raum bewegt. Eine relevante Beeinträchtigung der Augenachsenstellung habe im normalen Blickbereich nicht beobachtet werden können, da Fixieren bis ca. 10cm Nahpunkt möglich gewesen sei. So dann wurde darauf hingewiesen, dass auch bei Vorliegen einer Exophorie eine solche typischerweise nach wenigen Monaten durch zentral-neurologische Adaptationsprozesse in seiner funktionalen Auswirkung gut kompensiert werde und üblicherweise nicht zu wesentlicher arbeitsrelevanter Einschränkung führe (IV-act. 95-40/142).

Hinsichtlich des neuropsychologischen Konsiliums wurde ausdrücklich festgehalten, dass die gezeigten Leistungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht der tatsächlichen Leistungsfähigkeit entsprechen. So habe die Versicherte über massive Sehprobleme geklagt, welche ihr verunmöglichen würden, selbst einen kurzen Text zu lesen, selbständig zu sein, zu arbeiten (etc.). Dennoch habe sie sich ohne jegliche Hilfe im Untersuchungsraum sicher und in normalem Tempo bewegen können, sie habe zielsicher und in normalem Tempo Objekte in ihrer Umgebung ergriffen (Blätter, Schreibzeug, Handtasche, Jacke etc.). Sie habe jederzeit einen klaren Blick gehabt, habe den Untersucher normal angeschaut. Sie sei in der Lage gewesen, visuell anspruchsvolle Aufmerksamkeitsaufgaben am Computer (mit beweglichen Stimuli) oder auf Papier zu bearbeiten, Einzelwörter ohne Mühe zu lesen, andere visuelle Aufgaben ohne Mühe zu bearbeiten. Einzig bei einem visuellen Gedächtnistest habe sie (wiederum subjektiv) Probleme bekundet (IV-act. 95-40/142 Mitte).

Was die Angaben zur Schmerzsymptomatik anbelangt, ergaben sich keinerlei relevante medizinische Erklärungen aus orthopädischer und neurologischer Sicht. Zudem wurde auf geringe Behandlungsaktivitäten (Schmerzmittel nur selten im Bedarfsfalle) und auf ein fehlendes erkennbares Schmerzausdrucksverhalten im Rahmen der Anamnese in den verschiedenen Gutachten hingewiesen (vgl. IV-act. 95-40f./142).

Als diskrepanz beurteilten die Gutachter auch die Tatsache, dass die Versicherte trotz fortgesetzt attestierter vollständiger Arbeitsunfähigkeit mit 2-jährigem Taggeldbezug im März 2015 die Strapazen einer Fernreise (Malediven) auf sich nahm, obwohl sie nach eigenen Angaben sogar fortgesetzte Unterstützung im Haushalt benötigte (IV-act. 95-41/142 oben).

2.10.6 Zusammenfassend gelangten die Gutachter der MEDAS X. _____ zum Ergebnis, dass die Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Sachbearbeiterin/Allrounderin (Office-Tätigkeit, Telefon, leichte wechselbelastende Arbeiten) aus ophthalmologischer und neuropsychologischer Sicht als ganztags zu 90% arbeitsfähig (mit prismatischer Raumbrille oder Abdecken des nicht führenden Auges) zu beurteilen sei (mithin für Erholungspausen eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 10% zu berücksichtigen sei). Aus rein internistischer, psychiatrischer, orthopädischer und neurologischer Sicht wurde die Versicherte als zu 100% arbeitsfähig beurteilt (analog auch für leidensadaptierte Tätigkeiten, vgl. IV-act. 95-41/142).

2.11 Der RAD-Arzt Dr.med. E. _____ empfahl in seiner Beurteilung der medizinischen Aktenlage vom 9. Juli 2018, dem gut nachvollziehbaren Gutachten der MEDAS X. _____ zu folgen. Die von der Versicherten seit Jahren geltend gemachten Beschwerden (Doppelbilder) könnten nach umfangreichen Abklärungen (C. _____, Medas) keiner schwerwiegenden bzw. keiner bekanntermassen invalidisierenden medizinischen Diagnose zugeordnet werden. Stattdessen lägen klare Hinweise auf Aggravation vor. Gesichert sei lediglich die in aller Regel wenig schwerwiegende Diagnose eines latenten Schielens (Exophorie). Er sei nun seit 14 Jahren beim RAD tätig und habe noch nie eine andere Person erlebt, welche sich wegen latenten Schielens bei der IV gemeldet habe (IV-act. 97-3/4).

3. Eine gerichtliche Würdigung all dieser Angaben und der Vorbringen der Beschwerdeführerin vor Gericht zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

3.1.1 Soweit die Beschwerdeführerin eine Verletzung des rechtlichen Gehörs rügt bzw. sinngemäss geltend macht, dass sie sich zu den BVM-Akten nicht äussern konnte, ist diese Rüge allein schon deshalb nicht zu hören, weil dem früheren Rechtsvertreter der Versicherten Einblick in die BVM-Akten gewährt wurde und er sich in einer Eingabe vom 27. September 2018 dazu äussern konnte (vgl. IV-act. 107). Sodann war diesem Rechtsvertreter die Existenz solcher BVM-Akten schon früher bekannt und er erklärte sich damit einverstanden, erst nach Vorliegen des Medas-Gutachtens diesbezüglich im Rahmen des Vorbescheids- resp. Einwandverfahrens Einblick und Stellung zu nehmen (vgl. IV-act. 82-2/2

oben i.V.m. IV-act. 93 = Bf-act. 9). Die Versicherte muss sich die Kenntnis und die Vorgehensweise ihres damaligen Rechtsvertreters vollumfänglich anrechnen lassen.

3.1.2 Und selbst dann - wenn entgegen den vorstehenden Erwägungen, an welchen weiterhin festzuhalten ist - von einer Gehörsverletzung auszugehen wäre, verhielte es sich so, dass dieser Mangel zwischenzeitlich geheilt wäre, nachdem sich die Beschwerdeführerin sowohl vor Vorinstanz (vgl. IV-act. 107), als auch vor Gericht umfassend zu den in den BVM-Akten thematisierten Aspekten äussern konnte (vgl. Beschwerdeschrift, S. 21 bis 23). Darauf ist nachfolgend zurückzukommen.

3.2 Was die Existenz von zwei im gleichen Zeitraum erarbeiteten MEDAS-Gutachten anbelangt, drängen sich die nachfolgenden Ausführungen auf.

3.2.1 Die Verfahrensleitung im IV-Abklärungsverfahren obliegt eindeutig der IV-Stelle (vgl. Art. 43 ATSG i.V.m. Art. 53ff. IVG, namentlich Art. 57 Abs. 1 IVG). Dazu gehört auch die Einräumung des rechtlichen Gehörs (vgl. Art. 57a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 42 ATSG).

3.2.2 Die Rolle einer medizinischen Gutachterstelle beschränkt sich im IV-Abklärungsverfahren grundsätzlich darauf,

- die zur Verfügung gestellten Akten und deren Inhalt zur Kenntnis zu nehmen,
- die zu explorierende Person nach den jeweiligen Fachdisziplinen lege artis zu untersuchen und entsprechend Befunde zu erheben,
- gestützt darauf nachvollziehbare Diagnosen zu stellen,
- sowie eine Einschätzung abzugeben, in welchem Umfange welche Tätigkeiten aus welchen Gründen vollständig oder teilweise als zumutbar bzw. unzumutbar zu beurteilen sind,
- wobei namentlich bei unklaren oder schwer zu objektivierenden Funktionseinschränkungen insbesondere auch eine Plausibilitätsprüfung (Konsistenzprüfung) nötig ist (vgl. oben, Erwägung 1.5.4 und dort enthaltene Hinweise; siehe auch BGE 141 V 281ff. bei psychosomatischen Leiden).

3.2.3 Soweit bei einer um IV-Leistungen nachsuchenden versicherten Person - trotz entsprechenden medizinischen Abklärungen - für geltend gemachte massive funktionelle Einschränkungen hinreichende nachvollziehbare Erklärungen fehlen (siehe auch IV-act. 67-6/6 und nachfolgend), ist es grundsätzlich nicht zu beanstanden, wenn die IV-Stelle Zusatzabklärungen veranlasst. Im vorliegenden Fall machte die Versicherte gemäss den Ausführungen im neurologischen C. _____ Gutachten vom 7. September 2016 unter anderem geltend,

- dass sie nicht mehr lesen, nicht mehr am PC arbeiten und nicht mehr Autofahren könne, weshalb sie ihre berufliche Tätigkeit (Ende 2013) aufgegeben habe (IV-act. 48-7/17;

- dass sie sich am Morgen nach dem Duschen "aufgrund der allgemeinen Erschöpfung erneut hinlegen" müsse (IV-act. 48-3/17 oben),
- und dass sie mittags/ nachmittags mit ihrem Hund spazieren gehe, "was ihr aufgrund der Erschöpfung jedoch nur für max. 10 Minuten möglich wäre" (vgl. IV-act. 48-3/17).

Gleichzeitig wurde in diesem Gutachten festgehalten, aus neurologischer Sicht bleibe die Ätiologie der subjektiv verminderten Leistungsfähigkeit unklar (IV-act. 48-7f./17).

Bei einer solchen Sachlage war es (für eine Plausibilitätsprüfung) ohne weiteres zulässig beispielsweise abzuklären, wie es sich mit dem Besitz eines eigenen Personenwagens oder mit der Hundehaltung verhält. Anzuführen ist, dass die Versicherte mit der Unterzeichnung ihrer IV-Anmeldung vom 13. Februar 2014 die IV-Stelle ermächtigte, unter anderem bei Versicherungen und Arbeitsstellen Auskünfte einzuholen, welche der Abklärung des Leistungsanspruchs dienen (vgl. IV-act. 1-6/6 oben, Ziff. 9).

3.2.4 Die als zulässig zu beurteilenden Abklärungen zum Autobesitz ergaben, dass die Beschwerdeführerin im Dezember 2014 einen Personenwagen (Occasionswagen) kaufte und in ihrem Versicherungsantrag gegenüber der Z. _____ Versicherungen AG folgende Angaben deklarierte:

Halter des Fahrzeuges:	Versicherte
Gibt es andere Lenker?	Nein
Gibt es Lenker ausserhalb des gemeinsamen Haushalts?	Nein
Verwendungszweck des Fahrzeuges	private Nutzung sowie Arbeitsweg
Gefahren Kilometer pro Jahr	zwischen 10'000 und 20'000 km

Die Beschwerdeführerin bestätigte mit ihrer Unterschrift im Versicherungsantrag, "die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben".

Aus diesen Angaben im Versicherungsantrag ergibt sich unmissverständlich, dass die Versicherte beim Autokauf im Dezember 2014 und *mithin rund 10 Monate nach der IV-Anmeldung* sich in der Lage sah, einen bzw. ihren Personenwagen zu lenken (andernfalls sie kein Fahrzeug gekauft hätte) und grundsätzlich damit rechnete, dieses Fahrzeug für 10'000 bis 20'000 km pro Jahr zu benutzen. Ein solches Vorhaben ist mit der geltend gemachten "allgemeinen Erschöpfung" und der Angabe, nicht mehr Autofahren zu können, kaum zu vereinbaren.

Soweit die Beschwerdeführerin den Autokauf (nachträglich) damit erklärt, das Fahrzeug sei im Dezember 2014 für den Lebenspartner erworben worden, weil er das damalige Geschäftsfahrzeug nur bis Ende Dezember 2014 habe benutzen können und ein anderes Fahrzeug benötigt habe (siehe Beschwerde, S. 21f.), fällt hier massgeblich was folgt ins Gewicht: Folgt man dieser Argumentation der

Beschwerdeführerin, hat sie damals grundsätzlich einen Versicherungsbetrug begangen, indem sie - trotz Hinweis auf die Wahrheitspflicht - sich im Versicherungsantrag als alleinige Lenkerin des betreffenden Fahrzeuges deklarierte sowie die Existenz eines anderen (regelmässigen) Lenkers ausdrücklich verneinte. Mit einem solchen Verhalten hat die Versicherte selber die Glaubwürdigkeit ihrer Angaben in Frage gestellt, indem sie - wenn man ihrer Argumentation in der Beschwerde folgt - grundsätzlich (trotz ausdrücklichem Hinweis auf die Wahrheitspflicht) keine Probleme damit hatte, die Z._____ Versicherung im Versicherungsantrag bewusst falsch zu informieren.

Nur nebenbei bemerkt ergibt sich aus dem MEDAS-Gutachten X._____ (IV-act. 95-17/142, unterhalb der Mitte), dass die Versicherte bei der neurologischen Untersuchung vom 1. März 2018 u.a. sinngemäss erklärte, "sicherlich schon seit 2 ½ Jahren" lenke sie kein Auto mehr, woraus sich e contrario ergäbe, dass die Versicherte noch bis etwa Herbst 2015 (und mithin über den Autokauf von Dezember 2014 hinaus) als Lenkerin ihres Personenwagens unterwegs war (was wiederum mit der geltend gemachten Erschöpfungsthematik und insbesondere der Angabe, dass sie ihre berufliche Tätigkeit [Ende 2013] aufgegeben habe, weil sie nicht mehr Autofahren könne, kaum vereinbar wäre).

3.2.5 Die vorliegende Diskrepanz, wonach jemand geltend macht, nicht mehr fahren zu können, gleichzeitig aber noch ein Auto kauft und im Antrag an die Motorfahrzeughaftpflichtversicherung deklariert, als einzige Person dieses Fahrzeug regelmässig zu lenken, kann grundsätzlich nur durch Zusatzabklärungen in der vorliegenden Art aufgedeckt werden. Wollte man solche Zusatzabklärungen (auch bei unerklärlichen funktionellen Einschränkungen) als unzulässig erklären, würde man letztlich Missbräuchen Tür und Tor öffnen, ohne dass dies verhindert werden könnte.

3.2.6 Unbestritten ist, dass das Ergebnis solcher Zusatzabklärungen spätestens vor Erlass der Leistungsverfügung bzw. im Vorbescheidverfahren der versicherten Person offenzulegen und ihr diesbezüglich noch das rechtliche Gehör zu gewähren ist. Die hier interessierende Frage ist, in welchem Zeitpunkt diese Information der versicherten Person bekanntzugeben ist. Dies ist eine Fragestellung, welche grundsätzlich von der für die Verfahrensleitung zuständigen Verwaltung (IV-Stelle) und offenkundig nicht von der Leitung einer Gutachterstelle zu beantworten ist. Es kann nicht Sache der Gutachterstelle sein darüber zu befinden, wie das rechtliche Gehör im IV-Abklärungsverfahren zu handhaben ist (vgl. oben, Erwägungen 3.2.1 und 3.2.2 und dort enthaltene Hinweise). Dies gilt erst recht für Fälle, in welchen diese Zusatzabklärungen ergeben haben, dass Zweifel am Wahrheitsgehalt der Angaben der Versicherten angebracht sind bzw. - wie hier

beim Autokauf (bei gleichzeitiger Sachdarstellung, aus gesundheitlichen Gründen keinen PW mehr lenken zu können) und dem dargelegten Versicherungsantrag - von einem möglichen Versicherungsbetrug auszugehen ist. Jedenfalls in einer solchen Konstellation ist es - entgegen der sinngemässen Auffassung der Leitung der W. _____ Gutachterstelle - nicht zu beanstanden, wenn die IV-Stelle das Ergebnis der Zusatzabklärungen den Gutachtern zur Verfügung stellt und die entsprechenden Informationen erst nach Vorliegen des Gutachtens der versicherten Person bekannt gibt. Wie zu entscheiden wäre, wenn die Zusatzabklärungen keine Diskrepanzen ergeben hätten, kann im konkreten Fall offenbleiben, weil es sich hier anders verhält (siehe vorstehend). Im Übrigen hat es eine versicherte Person (mit einem unklaren Beschwerdebild), bei welcher die Zusatzabklärungen Anhaltspunkte für einen möglichen Versicherungsmissbrauch geben, aufgrund ihres eigenen Verhaltens hinzunehmen, dass sie über den Inhalt solcher Zusatzabklärungen nicht sofort, sondern erst gegen Ende des Abklärungsverfahrens informiert wird. Wollte man anders entscheiden, würde das Aufdecken von möglichem Versicherungsmissbrauch unnötig erschwert.

3.2.7 Für dieses dargelegte Zwischenergebnis sprechen auch die nachfolgenden Überlegungen. Eine Gutachterstelle, welche die ihr von der IV-Stelle zur Verfügung gestellten Zusatzabklärungen (BVM-Akten) nur dann im geplanten Gutachten mitberücksichtigen will, wenn zuvor die versicherte Person darüber umfassend aufgeklärt worden ist, verhindert spontane Antworten zu möglichen heiklen Aspekten. Damit ergreift die Gutachterstelle letztlich Partei für die abzuklärende Person, indem sie der versicherten Person ermöglicht, hinsichtlich solcher Aspekte (anstelle von spontanen Antworten) vorgängig Antworten vorbereiten zu können, was einer objektiven Wahrheitsfindung kaum dienlich wäre. Dass die W. _____ Gutachterstelle für die versicherte Person Partei ergriffen hat (und deswegen als objektive Gutachterstelle grundsätzlich ausser Betracht fällt), ergibt sich namentlich auch daraus, dass die Leitung der W. _____ Gutachterstelle von sich aus den damaligen Rechtsvertreter der Versicherten telefonisch über die Existenz von BVM-Akten informierte (vgl. das Zugeständnis in IV-act. 81-2/2 oben). Dass eine solche Vorgehensweise mit der Aufgabe einer neutralen Gutachterstelle nicht vereinbar ist, bedarf keiner weiteren Begründung.

3.2.8 Nach dem Gesagten steht es einer Gutachterstelle prinzipiell nicht zu, darüber zu befinden, welche von der IV-Stelle zur Verfügung gestellten Akten für das Gutachten berücksichtigt und welche (ungesehen) ausgeklammert bzw. retourniert werden. Sache der Gutachterstelle ist es hingegen, die vom Auftraggeber erhaltenen Akten im Gutachten detailliert aufzuführen (damit der Leser des Gutachtens nachvollziehen kann, auf welcher aktenmässigen Grundlage das

Gutachten erstellt wurde). In diesem Sinne hätte die W. _____ Gutachterstelle die BVM-Akten in ihrem Gutachten aufführen und darlegen müssen, inwiefern der Inhalt dieser BVM-Akten nach Beurteilung der Gutachter für das Gesamtergebnis von Relevanz (bzw. gegebenenfalls ohne Bedeutung) wäre. Die Haltung einer Gutachterstelle, der versicherten Person noch nicht bekannte BVM-Akten konsequent auszublenden, führt zum vorinstanzlichen Ergebnis, wonach ein Gutachten ohne Einbezug aller von der Verwaltung zur Verfügung gestellten Unterlagen unvollständig und damit letztlich nicht verwertbar ist. Dies gilt erst recht, wenn es bei diesen BVM-Akten um Zusatzabklärungen bei unklaren Beschwerdebildern mit möglichem Versicherungsmissbrauch geht.

3.2.9 Für das vorliegende Zwischenergebnis, wonach das vorliegende W. _____ Gutachten unvollständig und grundsätzlich nicht verwertbar ist, sprechen auch folgende Aspekte, welche im Rahmen einer summarischen Prüfung dieses Gutachtens auffallen.

Ein gewichtiges Element im Gutachten der MEDAS X. _____ bildet der Umstand, wonach die Versicherte gefragt wurde, ob sie das betreffende Medikament am Untersuchungstag eingenommen habe (was bejaht wurde), indes die Medikamentenspiegelkontrolle ergab, dass der Wirkstoff des Medikaments im Blut der Versicherten nicht nachweisbar war (vgl. IV-act. 95-25/142 Mitte). Anzuführen ist, dass die Versicherte auch nicht nachträglich vorbrachte, sie habe die Einnahme des Medikaments versehentlich vergessen bzw. sie könne sich nicht mehr daran erinnern, ob und wann sie letztmals das Medikament eingenommen habe (etc.). Demgegenüber blieb im W. _____ Gutachten die Medikamentenspiegelkontrolle (vgl. IV-act. 94-9/94 "S-HCLP auf Mestinon <1µg/l (40-180)" unkommentiert.

Im Gutachten der MEDAS X. _____ wurde der Umstand gewürdigt, dass die Versicherte am 26. März 2015 notfallmässig das Spital AA. _____ aufgesucht hatte, nachdem sie von einer Malediven-Ferienreise zurückgekehrt war (vgl. IV-act. 95-11/142 i.V.m. IV-act. 95-41/142 Ziff. 4.6 in fine i.V.m. IV-act. 95-118ff./142). Dass eine versicherte Person einerseits maximal 10 Minuten mit dem Hund spazieren könne, andererseits aber in der Lage ist, eine solche Fernreise (mit Flugzeiten von über 10 Stunden pro Reiseweg) zu bewältigen, ist offenkundig diskrepant und auffällig. Demgegenüber haben die W. _____ Gutachter eine solche Malediven-Reise (anschliessender Reise-Diarrhoe) weder ansatzweise evaluiert noch sich damit konkret auseinandergesetzt, was offenkundig den Beweiswert ihres Gutachtens herabsetzt.

Im W. _____ Gutachten fällt aber auch auf, dass die Versicherte gegenüber den betreffenden Gutachtern unterschiedliche Angaben machte. Während sie

gegenüber dem neurologischen Gutachter erklärte "nach dem Wäscheaufhängen habe sie müde Arme" (woraus sich zweifelsfrei ergibt, dass das Wäsche-Aufhängen grundsätzlich möglich ist, vgl. IV-act. 94-68/94 oben), machte sie gegenüber dem rheumatologischen Gutachter geltend: "die Wäsche aufhängen sei dagegen nicht möglich" (vgl. IV-act. 94-57/94). Mithin machte die Versicherte bei der W._____ Begutachtung widersprüchliche Angaben, ohne dass sich die Gutachter mit einer solchen Diskrepanz auseinandersetzen.

Analoges gilt auch für die Tatsache, dass im neurologischen W._____ Gutachten auf eine Diskrepanz zwischen den subjektiv empfundenen Beschwerden und dem berichteten Alltagsverhalten sowie den Befunden im Neurostatus hingewiesen wurde (vgl. IV-act. 94-75/94, Ziff. 6.5), hingegen dieser Aspekt in der Gesamtbeurteilung wieder ausgeblendet wurde (IV-act. 94-13/94 Ziff. 6.5).

3.3 Nach dem Gesagten ist im Einklang mit der Vorinstanz zusammenfassend festzuhalten, dass das W._____ Gutachten auf unvollständiger Aktenbasis beruht und keine hinreichende Auseinandersetzung mit den dargelegten Inkonsistenzen enthält, weshalb es für das vorliegende Verfahren nicht verwertbar ist. Demgegenüber erweist sich das Gutachten der MEDAS X._____ als überzeugend und nachvollziehbar. Zu betonen ist, dass für dieses Ergebnis nicht ein einzelnes Element (z.B. die falschen Angaben zur Medikamenteneinnahme), sondern die Gesamtschau aller Aspekte ausschlaggebend ist. Dieses Gutachten der MEDAS X._____ wurde (im Gegensatz zum W._____ Gutachten) in Kenntnis aller Vorakten verfasst, ist für die streitigen Belange umfassend und beruht auf allseitigen Untersuchungen. Sodann leuchtet es in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation ein. Namentlich enthält es eine nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den erwähnten Inkonsistenzen. Beispielsweise erweist es sich als plausibel, dass die von der Versicherten geltend gemachten Sehstörungen nicht derart massiv ins Gewicht fallen, nachdem sie sich völlig normal im Raum bewegen, zielsicher Objekte ergreifen, Figuren sicher abzeichnen und auch anspruchsvolle Aufmerksamkeitsaufgaben am Computer bearbeiten konnte (vgl. IV-act. 95-25f./142 i.V.m. IV-act. 95-91/142; siehe auch IV-act. 95-29/142 Mitte betreffend Verhalten in den "scheinbar unbeobachteten" Momenten; IV-act. 95-30/142 unten). Den diesbezüglichen Ausführungen in der Vernehmlassung der Vorinstanz ist uneingeschränkt beizupflichten. Einleuchtend ist auch, dass die von der Versicherten geltend gemachte umgehende Erschöpfungsthematik nach einem kurzen Spaziergang mit einem Hund in einem klaren Widerspruch zur Beobachtung anlässlich der MEDAS-Begutachtung in X._____ steht, wonach die Versicherte sich nach einer witterungsbedingt erschwerten langen Anreise und zwei anstrengenden gutach-

terlichen Befragungen am gleichen Tag ohne "erkennbare Ermüdung und ohne erkennbares Schmerzausdrucksverhalten, ohne Nachweis der Einnahme von Mestinon trotz anderslautender verlässlicher Einnahme, ohne erkennbare relevante Beeinträchtigung in der Augenachsenstellung bei unbemerkter Beobachtung und Exophorie erst im Nahbereich bei 10cm und völlig normalem Bearbeiten der neuropsychologischen Tests am PC und auf Papier etc." präsentierte (vgl. IV-act. 95-36/142). Hinzu kommt, dass sich die Gutachter der MEDAS X. _____ auch detailliert mit den Berichten, Untersuchungen und Einschätzungen der konsultierten Fachpersonen im Verlauf befassten (vgl. IV-act. 95-3/142 bis 95-13/142; IV-act. 95-33ff./142).

3.4 Am dargelegten Ergebnis und dem erläuterten Beweiswert des MEDAS-Gutachtens X. _____ vermögen die Vorbringen der Beschwerdeführerin vor Verwaltungsgericht nichts zu ändern. Unzutreffend ist namentlich die Behauptung in der Beschwerde (S. 24 unten), dass die W. _____ Gutachter Einblick in die BVM-Akten gehabt hätten. Einmal abgesehen davon, dass dies im W. _____ Gutachten auch nicht ansatzweise erwähnt wird, lässt sich der Korrespondenz zwischen der Leitung der W. _____ Gutachterstelle und der IV-Stelle entnehmen, dass die mit der Leitung dieser Gutachterstelle betraute Juristin den medizinischen Sachverständigen den Inhalt dieser Unterlagen gerade nicht offengelegt hat (vgl. IV-act. 76 i.V.m. IV-act. 79 bis 82). Sodann lassen die Ausführungen in der Beschwerde eine substantiierte Auseinandersetzung mit den dargelegten Inkonsistenzen vermissen. Weshalb die Beschwerdeführerin im Rahmen der MEDAS-Begutachtung in X. _____ mehrfach vorbrachte, das betreffende Medikament (auch am Untersuchungstag) konsequent eingenommen zu haben, allerdings bei der Medikamentenspiegelkontrolle keinerlei Wirkstoff feststellbar war, wird in der Beschwerde zu Unrecht einfach ausgeblendet. Was die Maledivenreise anbelangt, wird in der Beschwerde (S. 22 unten) vorgebracht, die vorinstanzliche Auffassung, wonach bei einer stark ausgeprägten Schielproblematik und einer damit zusammenhängenden Leistungsminderung kein Anspruch auf Urlaub bestehen solle, sei zumindest befremdlich. Eine Antwort auf die Fragestellung, weshalb die Versicherte (angeblich nach 10 bis 15 Minuten) einen Hunde-Spaziergang aus Erschöpfungsgründen abbrechen müsse, hingegen die Strapazen einer langen Hin- und Rückreise auf die Malediven möglich (gewesen) seien, bleibt die Versicherte schuldig. Analoges gilt auch für die dargelegten Inkonsistenzen hinsichtlich der Sehstörungen; auch diesbezüglich fehlt eine substantiierte Antwort in der Beschwerde für die erwähnten Diskrepanzen.

4. Aus all diesen Gründen ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung auf den im Gutachten der MEDAS X. _____

ermittelten Arbeitsfähigkeitsgrad abgestellt hat. Im Übrigen ist der Argumentation in der Beschwerde (S. 25) beizupflichten, dass kein Obergutachten nötig ist. Hinsichtlich des in der angefochtenen Verfügung enthaltenen Einkommensvergleichs bringt die beanwaltete Beschwerdeführerin vor Gericht nichts vor, weshalb sich weitere Ausführungen dazu erübrigen. Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abgewiesen wird. Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten der Beschwerdeführerin auferlegt. Eine Parteientschädigung fällt ausser Betracht.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen. Es wird festgehalten, dass die Vorinstanz (anstelle des auf unvollständiger Aktenbasis erstellten W._____-Gutachtens vom 1. Juni 2018) auf das vorliegende Gutachten der MEDAS X._____- vom 5. Juni 2018 (und die darin enthaltenen Ergebnisse) abstellen durfte bzw. abstellen darf.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie hat einen Kostenvorschuss von Fr. 500.-- bezahlt, so dass die Rechnung ausgeglichen ist.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 X._____
(A).

Schwyz, 11. März 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 21. März 2019