

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 20

Entscheid vom 26. Juni 2018

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Dr.phil., lic.iur. B. _____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. _____ 1967, _____) arbeitete von 1985 bis April 1989 für die Firma C._____ und anschliessend für die Grossmetzgerei D._____. Am 22. April 2013 erlitt sie eine Schulterverletzung mit anschliessender vollständiger Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 18-5/6 unten). Am 23. September 2013 unterzeichnete sie eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen (Eingang am 10.10.2013). Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen wurden mit „rechte Schulter Sehnenrisse Operation“ umschrieben (IV-act. 1-5/6).

B. Am 13. November 2013 fand ein Abklärungsgespräch statt; dabei erklärte A._____, dass sie gerne wieder ihre alte Arbeit aufnehmen möchte (IV-act. 16-2/6). In der Folge konnte A._____ ab 7. Januar 2014 die angestammte Arbeit zu 50% aufnehmen, worauf wieder Schmerzen in der Schulter und in der Hüfte auftraten und die Arbeitgeberfirma das Arbeitsverhältnis per Ende April 2014 beendete (vgl. IV-act. 16-5/6). Am 27. Juni 2014 teilte die IV-Stelle mit, dass eine medizinische Abklärung notwendig sei (IV-act. 25), wobei E._____ als Gutachterstelle vorgesehen war. Die für 27. und 28. Oktober 2014 geplante Begutachtung wurde indes nicht durchgeführt, weil am 22. September 2014 ein operativer Eingriff an der linken Schulter stattfand (vgl. IV-act. 27 und 28).

C. Im weiteren Verlauf regte der konsultierte RAD-Arzt Dr.med. F._____ die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens an (IV-act. 43-5/5), was A._____ am 21. Juli 2016 mitgeteilt wurde (IV-act. 44). Der Begutachtungsauftrag wurde der G._____ zugestimmt (IV-act. 47). Am 1. September 2016 wurden A._____ die vorgesehenen Gutachter bekannt gegeben (IV-act. 50). Am 2. Dezember 2016 wurde das G._____ -Gutachten erstattet (IV-act. 53).

D. Mit Vorbescheid vom 23. Februar 2017 teilte die IV-Stelle mit, es sei vorgesehen, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 57). Dagegen opponierte A._____ in Eingaben vom 2. März 2017 (H._____ Rechtsschutzversicherung) und vom 27. April 2017 (Dr.phil. lic.iur. B._____; vgl. IV-act. 58 und 64). Zudem wurde mit Eingabe vom 16. Mai 2017 auf eine Konsultation in der I._____ -Klinik vom 26. April 2017 verwiesen (IV-act. 65). Daraufhin empfahl der RAD-Arzt Dr.med. F._____ eine Zusatzabklärung durch einen Rheumatologen (IV-act. 66-7/7). Mit Schreiben vom 14. Juni 2017 forderte die IV-Stelle A._____ auf, sich für eine solche Zusatzabklärung bei einem Rheumatologen zu melden (IV-act. 67). Am 7. August 2017 ging bei der IV-Stelle ein Bericht von Dr.med. J._____ (FMH Rheumatologie, _____) ein (IV-act. 70). Mit Schreiben vom 13. September 2017 unterbreitete die IV-Stelle den G._____ -

Gutachtern die von A. _____ erhobenen Einwände (IV-act. 71), auf welche die Gutachter in einer Stellungnahme vom 8. November 2017 eingingen (IV-act. 73).

E. Am 28. November 2017 verfügte die IV-Stelle, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde. Diese Verfügung wurde versehentlich an die H. _____ Rechtsschutz-Versicherung und nicht an die zwischenzeitlich von der Versicherten bevollmächtigte Rechtsvertreterin zugestellt (IV-act. 77). Deswegen wurde die Verfügung vom 28. November 2017 von der IV-Stelle am 10. Januar 2018 aufgehoben (IV-act. 81) und in der Folge durch eine neue Verfügung vom 19. Januar 2018 ersetzt, welche an die Rechtsvertreterin zugestellt wurde (IV-act. 85).

F. Gegen diese am 22. Januar 2018 (Montag) eingegangene Verfügung liess A. _____ rechtzeitig am 20. Februar 2018 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die Verfügung vom 19. Januar 2018 aufzuheben;
 2. es sei ein Gutachten im Bereich der Rheumatologie erstellen zu lassen;
 3. es sei ein zusätzliches Gutachten im Bereich der Psychiatrie erstellen zu lassen;
 4. es seien der Beschwerdeführerin Rentenleistungen auszurichten;
 5. es seien der Beschwerdeführerin berufliche Massnahmen als Eingliederung aus der Rente zu gewähren;
 6. es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen auszurichten;
 7. es seien die Akten der Beschwerdegegnerin beizuziehen;
- alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Vernehmlassung vom 20. März 2018 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Am 7. Juni 2018 reichte die Beschwerdeführerin dem Gericht sowie der IV-Stelle weitere medizinische Unterlagen ein, welche den Verlauf nach dem Erlass der Verfügung vom 19. Januar 2018 betreffen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Nach Art. 4 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG; SR 831.20) in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) 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

gung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

1.2 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.

1.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG massgebend (Art. 28a Abs. 1 Satz 1 IVG). Zur Ermittlung des Invaliditätsgrades wird 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, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Die Invalidität ist auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte. Nicht entscheidend ist für die Invaliditätsbemessung, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der ihr verbliebenen Erwerbsfähigkeit (ganz oder teilweise) 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 (vgl. Ulrich Meyer/ Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, N 27 zu Art. 28a IVG).

1.4 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe dieser Fachleute ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 Erw. 4). Diese ärztlichen Angaben dienen als wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 141 V 281 Erw. 5.2.1; 140 V 193 Erw. 3.2; 132 V 93 Erw. 4, je mit weiteren Hinweisen).

1.5.1 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (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 Be-

weismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Für den Beweiswert 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 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 somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 Erw. 5.1).

1.5.2 In Bezug auf Berichte behandelnder Ärzte darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass allgemein praktizierende Hausärzte wie behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten grundsätzlich mehr Gewicht zukommt (vgl. BGE 125 V 351 Erw. 3b/cc; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; Urteil des Bundesgerichts 9C_395/2016 vom 25.8.2016 Erw. 4.1; 9C_11/2016 vom 22.2.2016 Erw. 4.3.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_419/2008 vom 12.3.2008 Erw. 3.3; I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

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; vgl. Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, Rz. 450; BGE 122 II 469 Erw. 4a; Urteil des Bundesgerichts 8C_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 148 Erw. 5.3).

1.7 Im Übrigen erstreckt sich der gerichtliche Überprüfungszeitraum grundsätzlich nur auf den Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der streitigen Verfügung (hier: 19.1.2018) verwirklicht hat. Gesundheitliche Folgeentwicklungen, welche die Zeit nach dem Verfügungserlass betreffen, können gegebenenfalls Anlass für

eine Neuprüfung des Leistungsanspruchs in einem neu aufzunehmenden Verfahren (nach einer entsprechenden Neuanmeldung) bilden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_656/2013 vom 11.12.2013 Erw. 3.1 mit Verweis auf BGE 130 V 445 Erw. 1.2).

2. Aus den vorliegenden Akten sind hinsichtlich gesundheitlicher Beeinträchtigungen der Versicherten und dem zumutbaren Arbeitsfähigkeitsgrad u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben zu entnehmen.

2.1 Dr.med. K._____ (Orthopädische Chirurgie FMH, _____) nahm am 22. April 2013 bei der Versicherten eine Schulterarthroskopie rechts mit subacromialer Bursektomie, subacromialer Dekompression sowie partieller AC-Gelenkresektion vor (IV-act. 5-1/3). Unter der seit der Operation durchgeführten Physiotherapie konnte zwar eine sehr gute Beweglichkeit erzielt werden, indes traten erhebliche Beschwerden über einer Neobursa bzw. Neobursitis der rechten Schulter auf, welche mittels MRI nachgewiesen werden konnte. Im Bericht vom 9. September 2013 an den Taggeldversicherer führte Dr.med. K._____ u.a. aus, das Heben von Gewichten ab 5 kg führe zu Schmerzen, ebenso das Tragen von Lasten ab 5 kg; die Sitzdauer sei frei, die Gehstrecke nicht eingeschränkt. Eine körperlich leicht belastende, wechselweise sitzende, gehende und stehende Tätigkeit sei der Versicherten zumutbar (IV-act. 5-2f./3).

2.2 Am 5. November 2013 teilte Dr.med. K._____ der IV-Stelle mit, dass die Versicherte am 26. September 2013 „nochmals operativ revidiert“ worden sei. Bei der Untersuchung vom 15. Oktober 2013 habe die Versicherte bereits eine deutliche Beschwerdebesserung angegeben. Innerhalb der nächsten 8 bis 10 Wochen sei daher von einer Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 12).

2.3 Med.pract. L._____ stellte in ihrem Bericht an die IV-Stelle vom 21. November 2013 folgende Diagnosen (IV-act. 15):

1. Z.n. Schulterarthroskopie re (...)
 - Impingement Syndrom - Mazeration oberes Labrum, - Bursitis subacromialis rechts
 - Z.n. Bursektomie, Synovektomie rechts
2. HWS-Syndrom bei Degenerationen HWS 5/6/7
3. Laktoseintoleranz
4. Z.n. Meniskus Op rechtes Knie

Die bestehenden Einschränkungen umschrieb med.pract. L._____ mit körperliche Schmerzen bei Belastung/ Bewegungen der rechten Schulter. Zur Frage der Zumutbarkeit von Tätigkeiten nahm sie nicht Stellung mit dem Verweis dar-

auf, dass die Versicherte bei Dr.med. K. _____ in Behandlung sei (IV-act. 15-2/4, Ziff. 1.7).

2.4 In einem Verlaufsbericht vom 24. März 2014 berichtete Dr.med. K. _____ von einem stationären Gesundheitszustand. Derzeit weise die Versicherte nach erneuten Überkopfarbeiten in sehr kalter Umgebung rezidivierende HWS- und Schulterbeschwerden auf. Die Versicherte sei im aktuellen Beruf kaum noch einsatzfähig. Er habe der Versicherten dringend einen Berufswechsel angeraten (IV-act. 20). Am 25. April 2014 berichtete Dr.med. K. _____ von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Die Versicherte weise rezidivierende Beschwerden im Nacken- und Schulterbereich rechts auf. Eine Belastbarkeit sei aktuell nicht gegeben (IV-act. 21-1/9).

2.5 Die im E. _____ im Oktober 2014 vorgesehene Abklärung konnte nicht durchgeführt werden, nachdem am 22. September 2014 im P. _____ (Spital) von Dr.med. K. _____ an der linken Schulter eine Operation durchgeführt wurde (IV-act. 28; der Operationsbericht ist nicht aktenkundig). Im Verlaufsbericht vom 13. Mai 2015 berichtete Dr.med. K. _____ von einem eher verschlechterten Gesundheitszustand. Aktuell gebe die Versicherte rezidivierende Cervikalgien, Hüftbeschwerden beidseits und Schulterbeschwerden rechts an. Klinisch wie auch radiologisch zeige sich allenfalls eine beginnende Coxarthrose beidseits. Die an der I. _____ Klinik vorgenommene Abklärung der HWS habe eine chronische, spondylogene und myofasziale sowie cervikale Brachialgie ergeben (IV-act. 31-1/5). In den Berichten der I. _____ Klinik (u.a. Dr.med. M. _____, Stv. Oberarzt Neurologie) vom 20. März 2015 (IV-act. 32-5/10), vom 9. April 2015 (IV-act. 32-7/10) und vom 30. April 2015 (IV-act. 32-9/10) werden nebst einem Carpal tunnel syndrome chronische spondylogene und myofasziale Zervikobrachialgien diagnostiziert.

2.6 Dr.med. J. _____ (FMH Rheumatologie/ Physikalische Medizin und Rehabilitation/ Allgemeine Innere Medizin, _____) nahm am 28. April 2015 und am 19. Mai 2015 eine rheumatologische Beurteilung der Versicherten vor. In seinem Bericht vom 19. Mai 2015 an Dr.med. K. _____ stellte er folgende Diagnosen (IV-act. 35):

1. Panvertebralsyndrom, ED 2013
 - multisegmentale Osteochondrosen (MRI HWS 4/2015)
 - mit zervikospondylogenem sowie lumbospondylogenem Syndrom bds.
 - Tractussyndrom rechts
2. PHS bds.
 - St.n. Schulterarthroskopie rechts 2014 und links 2013
 - Tendinopathie Supraspinatus, AC-Hypertrophie, SLAP-Läsion links MRI 8/2014
3. Gonalgie rechts bei St.n. Teilmenisektomie rechts ca. 2008

4. Laktoseintoleranz
5. St.n. Fussoperation ca. 2008
6. Carpaltunnelsyndrom bds rechtsbetont, ED 4/2015
7. St.n. Hepatitis B (Serologie 5/2015)

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte Dr.med. J._____ aus, die Versicherte sei seit 2 Jahren 100% arbeitsunfähig (IV-act. 35-1/2 unten). Neu sei die Versicherte in psychiatrischer Behandlung beim Z._____ (IV-act. 35-2/2 Mitte). Nachdem die IV-Stelle um einen Verlaufsbericht nachgesucht hatte, teilte Z._____ am 12. August 2015 mit, dass die Versicherte lediglich zwei Einzeltermine (23.4.2015, 30.4.2015) wahrgenommen habe, weshalb die Fragen der IV-Stelle nicht beantwortet werden könnten (IV-act. 38).

2.7 Dr.med. N._____ (Psychiatrie/ Psychotherapie FMH, _____), welcher die Versicherte seit dem 8. Oktober 2015 behandelt, stellte in seinem Bericht vom 30. Mai 2016 folgende Diagnosen (IV-act. 42-1/8):

Rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom ICD-10, F:33.11
Zwanghafte Störung gemischt mit zwanghaften Ideen und Handlungen. ICD-10, F:42.20.

Die verbliebene Leistungsfähigkeit veranschlagte Dr.med. N._____ auf 50%. Nach seiner Einschätzung sind die Einschränkungen mit schweren Konzentrationseinbussen, rascher Ermüdbarkeit, vermehrtem Erholungsbedarf, sehr niedriger psychophysischen Stresstoleranz und stark reduzierter geistigen Flexibilität zu umschreiben (IV-act. 42-3/8).

2.8 Am 4. Juli 2016 liess sich die Versicherte in der Wirbelsäulensprechstunde der I._____ -Klinik untersuchen. Dr.med. O._____ (Oberarzt Wirbelsäulenchirurgie und Neurochirurgie) stellte in seinem gleichentags erstellten Bericht folgende Diagnosen (IV-act. 46-1/9):

1. Rechtsseitige Schulterschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Oberarm
 - DD Irritation im Bereich des rechten Schultergürtels
 - St.n. Fazetteninfiltration C5/6 beidseits am 19.03.2015: Für drei Tage deutliche Verbesserung um 70 Prozent der Nackenbeschwerden
2. Intermittierende Kribbelparästhesien der Finger III bis V rechtsseitig
 - DD Sulcus ulnaris Syndrom rechtsseitig
3. Druck- und bewegungsabhängige beidseitige, rechtsbetonte Schulterschmerzen, aktuell relativ kompensiert
4. St.n. rechtsseitiger Schulteroperation, 2013, anamnestisch bei Sehnenriss
 - St.n. Revisionsoperation, ebenfalls 2013
5. St.n. Schulteroperation linksseitig, 2014
 - St.n. Karpaltunnel-Operation rechtsseitig, 09/2015, fecit Dr.med. K._____

- St.n. Revision am rechten Daumen, 01/2016
- 6. Nikotinkonsum, ein Paket pro Tag, 25 py
- 7. Verdacht auf depressive Episode

Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht veranschlagte Dr.med. O. _____ eine Arbeitsunfähigkeit von „eventuell“ 50%. Die beidseitigen rechtsbetonten Schulterschmerzen könne er in der neuen HWS-Untersuchung nicht erklären. Die Beschwerden seien auch durch Druck auslösbar, was für eine radikuläre Symptomatik atypisch sei (IV-act. 46-2/9 unten).

2.9 Am 14. Juli 2016 folgte eine neurologische Abklärung an der I. _____ - Klinik. In der Beurteilung erwog die Assistenzärztin Dr.med. Q. _____ (visiert durch die Oberärztin Dr.med. R. _____), ob an der Genese der rechtsbetonten Schulterschmerzen ein zervikoradikulärer und/oder -spondylogener Anteil bestehe, könne nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Diesbezüglich würden sich klinisch keine Hinweise zeigen. Die erneut durchgeführten EMGs aus der Kennmuskulatur C5-C8 würden keine akuten oder chronischen Denervierungszeichen aufweisen. Klinisch imponiere aktuell vor allem eine starke Druckdolenz der paravertebralen und Trapeziusmuskulatur rechtsbetont (IV-act. 46-6/9).

2.10 Am interdisziplinären MEDAS-Gutachten vom 2. Dezember 2016 (welches an der ausgelosten G. _____ durchgeführt wurde) haben folgende Sachverständige mitgewirkt (IV-act. 53-23/104):

- Dr.med. S. _____ (Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie)
- Dr.med. T. _____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie)
- Dr.med. U. _____ (Facharzt für Innere Medizin)
- Dr.med. V. _____ (Fachärztin für Neurologie)
- Dr.med. W. _____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie)
- Dr.med. X. _____ (medizinische Verantwortung/ Mitglied Geschäftsleitung)

Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) hielten die Gutachter nach einer Konsensbesprechung vom 29. November 2016 fest (IV-act. 53-13/104):

1. Chronisch rezidivierendes Subakromialsyndrom beidseits, rechts stärker als links, bei hypertrophierter und aktivierter AC-Gelenkarthrose und Bursitis subacromialis/ subdeltoidea

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) führten die Gutachter aus:

2. Cervicobrachialgie beidseits, ohne radikuläre Reizung
3. Pseudoradikuläres lumbales Schmerzsyndrom beidseits ohne behinderungsrelevantes Korrelat
4. V.a. asymptomatisches Enchondrom im Femurhals links (7 mm)
5. Senk-Spreiz-Platffuss beidseits

6. Mässige Varikosis beidseits
7. Tinnitus links
8. Völlegefühl im Oberbauch bei rezidivierender Helicobacter-Positivität und chronischer Obstipation
9. Laktoseintoleranz
10. Bienen- und Wespenstichallergie
11. St.n. Hepatitis B
12. St.n. Operation eines Karpaltunnelsyndroms rechts

Die versicherungsmedizinische Beurteilung fassten die Gutachter u.a. wie folgt zusammen (IV-act. 53-14f./104):

A. _____ beschreibt Schmerzen in beiden Schultern. Bei der hiesigen Untersuchung fand sich eine seitengleich eingeschränkte aktive und passive Beweglichkeit beider Schultergelenke sowie eine geringe Prominenz des lateralen Claviculaendes rechts. (...) Die klinischen und radiologischen Befunde der Schultern bedingen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten für Tätigkeiten mit beiden Armen oberhalb der Horizontale. Die beschriebenen Nackenschmerzen werden eher im Zusammenhang mit der eingeschränkten Beweglichkeit beider Schultergelenke gesehen, die durch permanentes Hochziehen der Schultern kompensiert wird und zur Überbelastung der Trapeziusmuskulatur führt. Passend dazu fanden sich positive Triggerpunkte beidseits im Bereich der Trapezmuskulatur. Auf einen eher geringen Leidensdruck diesbezüglich lässt die fehlende Analgetika-Einnahme und die ungenügende Einnahme von Lyrica bei fehlendem therapeutischem Wirkspiegel im Serum schliessen. Von orthopädisch-traumatologischer Seite ergibt sich aufgrund der Beschwerden beider Schultergelenke eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der bisherigen Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin der Etikettiererei von 30%. In einer Verweistätigkeit ist die Versicherte jedoch zu 100% arbeitsfähig.

Die genannten Diagnosen auf dem Gebiet der Inneren Medizin führen nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (...).

Bei der neurologischen Untersuchung waren keine pathologischen Befunde zu erfassen. Alle Reflexe waren symmetrisch, lebhaft, permanente sensible Störungen fanden sich nicht. Auch keine Atrophien weder an den Händen noch an den Beinen. Das Karpaltunnelsyndrom rechts wurde mit Erfolg operiert, die immer noch vorhandenen gelegentlichen Missempfindungen in Finger 4 und 5 dürften pseudo-radikulären Beschwerden entsprechen. Die gelegentlich angegebenen Missempfindungen in den Füßen sind sehr inkonstant und neurologisch nicht zuverlässig einzuordnen. Ausreichende Hinweise finden sich für ein radikuläres Syndrom nicht, weder in den Oberarmen noch an den Beinen, auch nicht für eine Polyneuropathie. Der angegebene Tinnitus ist einfühlbar lästig, hat jedoch keinen signifikanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Insgesamt kann man von neurologischer Seite her keine Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit diagnostizieren.

Aus psychiatrischer Sicht konnte das von der Versicherten geschilderte Störungsbild keiner bekannten psychiatrischen Erkrankung zugeordnet werden. Eine Diagnose war hier nicht zu vergeben. Die geschilderten Symptome wirkten angelesen, der Fragebogen, auf den die Versicherte verwies, wurde offenkundig von mehreren Personen ausgefüllt. Dieser im Rahmen der Exploration gewonnene Eindruck spiegelte sich bei dem hier durchgeführten Beschwerdevalidierungstest wider,

dessen signifikant schlechtes Testergebnis hoch auffällig war, das durch eine Aggravation allein nicht zu erklären ist, sondern vielmehr Hinweise auf das zielgerichtete Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik liefert. Die Arbeitsfähigkeit ist nicht eingeschränkt.

Zusammenfassend besteht im polydisziplinären Konsens in der bisherigen Tätigkeit der Versicherten als Betriebsmitarbeiterin der Etikettiererei eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. In einer Verweistätigkeit ist die Versicherte zu 100% arbeitsfähig.

Prognostisch führten die MEDAS-Gutachter aus, durch eine nochmalige gründliche Operation des rechten Schultergelenkes sollten sich die Beschwerden der Versicherten deutlich lindern lassen. Ansonsten bestehe aus orthopädisch-traumatologischer, neurologischer, internistischer und psychiatrischer Sicht eine günstige Prognose. Wichtig sei, die Versicherte rasch wieder in das Berufsleben zu reintegrieren, um ihre Selbstwirksamkeit zu stärken (IV-act. 53-16/104).

2.11 Im Rahmen einer MRI-Abklärung der LWS vom 6. Dezember 2016 im Spital AE._____ stellte die Fachärztin für Radiologie (AF._____) einen peripheren Einriss des Anulus fibrosus auf Höhe LWK4/5 links intraforaminal fest, ohne Hinweis auf eine Nervenwurzelkompression und ohne Spinalkanalstenose (Vi-act. 55-2/2).

2.12 Der RAD-Arzt Dr.med. F._____ (Allgemeinmedizin FMH) erachtete das Resultat des MEDAS-Gutachtens in einer Stellungnahme vom 20. Februar 2017 als nachvollziehbar (IV-act. 56-6/6), worauf die IV-Stelle in einem Vorbescheid vom 23. Februar 2017 das Leistungsbegehren ablehnte (IV-act. 57).

2.13 Auf Zuweisung von Dr.med. K._____ wurde die Versicherte am 26. April 2017 an der I._____-Klinik durch Dr.med. Y._____ (Oberarzt Orthopädie Obere Extremitäten) untersucht, welcher seine Beurteilung wie folgt zusammenfasste (IV-act. 65-3/4, Hervorhebung in Fettdruck nicht im Original):

In der heutigen klinischen Untersuchung zeigt sich ein diffuses Schmerzbild im Bereich beider Schulterregionen, vorwiegend im Bereich der Weichteile bei konventionell-radiologisch mehr oder weniger unauffälligen Befunden. Auch nach eigener Durchsicht der MR-Bildgebung links vom März 2017 zeigt sich meiner Ansicht nach keine relevante führende Pathologie, welche das Beschwerdebild der Patientin erklären könnte. Die geringen degenerativen AC-Gelenks-Veränderungen korrelieren meiner Ansicht nach nicht mit den klinischen Befunden, auch rechtsseitig korrelieren die MR-Befunde sehr schlecht mit dem klinischen Bild. Leider ist nicht eruierbar, inwiefern diagnostische Test-Infiltrationen im Bereich des AC-Gelenks und/oder auch subacromial sowie intraartikulär stattgefunden haben. Gegebenenfalls müsste dies nachgeholt werden, um eine tatsächliche organische Ursache ausschliessen zu können. **Inwiefern eine rheumatologische Standortbestimmung zum Ausschluss einer Polymyalgia rheumatica bzw. Vasculitis bei anamnestisch beschriebener Raynaud-Symptomatik bereits stattgefunden hat, ist aktuell ebenfalls nicht eruierbar, sollte jedoch falls noch nicht statt-**

gehabt nachgeholt werden. Bei fehlendem Ansprechen auf die jeweiligen Infiltrationen denke ich nicht, dass eine weitere Operation die Beschwerden der Patientin massgeblich reduzieren kann. (...)

2.14.1 Gestützt auf den Bericht von Dr.med. Y._____ (siehe vorstehend, Erwägung 2.13 und die dort enthaltene Hervorhebung in Fettdruck) erachtete der RAD-Arzt zur Klärung der Fragestellung, ob eine Polymyalgia rheumatica vorliege, eine rheumatologische Zusatzabklärung als nötig (IV-act. 66-7/7).

2.14.2 Am 19. Juni 2017 untersuchte der Rheumatologe Dr.med. J._____ die Versicherte. In seinem Bericht vom 7. Juli 2017 an Dr.med. K._____ wiederholte er die bereits bekannten Diagnosen (vgl. IV-act. 70-1/2 i.V.m. der Diagnosen-Liste in Erw. 2.6). In der Beurteilung führte dieser Facharzt aus (IV-act. 70-2/2):

Bei der Patientin bestehen seit vielen Jahren multilokuläre Schmerzen. Klinisch finden sich vor allem myofasziale Befunde. In den vorliegenden Bildgebungen finden sich multisegmentale Osteochondrosen an der Halswirbelsäule sowie weitere ausgeprägt degenerative Veränderungen der Wirbelsäule.

Die Patientin leidet sehr an den multilokulären Schmerzen. Ich habe die Situation mit ihr nochmals ausführlich besprochen. Das chronische Schmerzkonzept wurde erläutert. Ich habe ihr zur bestehenden Medikation Pregabalin aufdosiert auf zunächst 25 mg am Morgen und 100 mg am Abend und später besprochen, dass sie selbständig auf 50 mg am Morgen und 100 mg am Abend steigert. (...)

2.15.1 In den nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Januar 2018 verfassten und nachträglich eingereichten medizinischen Unterlagen vertrat PD Dr.med. AA._____ (FMH für Innere Medizin/ delegierte Psychotherapie FMPP) am 12. Februar 2018 den Standpunkt, dass die Versicherte an einem ausgeprägten weichteilrheumatischen Syndrom leide und 100% arbeitsunfähig sei. Die Versicherte habe eindeutige Sprachprobleme; sie könne nicht schreiben und beim Lesen weise sie das Niveau eines Erstklässlers auf; deswegen benötige sie Hilfe beim Ausfüllen von Fragebogen (Bf-act.).

2.15.2 Dr.med. AB._____ und Dr.med. AC._____ beurteilten die Ergebnisse einer MR-Abklärung der HWS vom 16. Februar 2018 wie folgt (vgl. Bf-act.):

Bisegmentale degenerative Veränderungen/ initiale Spondylose C5/6 und C6/7.
Leichte Foramenstenose C6 beidseits, links mehr ausgeprägt als rechts.
Keine durchgemachte Diskushernien. Keine Nervenwurzelkompression.
Keine Spinalkanalstenose. Keine Myelopathie. Kein Tumorverdacht.

2.15.3 Dr.med. AC._____ nahm zur am 2. März 2018 durchgeführten Abklärung (CT Beckenbeinangio nativ und mit KM beidseits) wie folgt Stellung (vgl. Bf-act.):

Altersentsprechende und regelrechte Darstellung arteriellen Strombahn im Bereich des Beckens beider Oberschenkel sowie der Unterschenkel. Keine hämodynamisch relevanten Stenosen. Keine wesentliche Arteriosklerose. (...)

2.15.4 Vom 5. März 2018 bis zum 30. März 2018 hielt sich die Versicherte in der AG. _____ (Klinik) auf. Im Austrittsbericht vom 29. März 2018 stellte der Oberarzt Dr.med. AD. _____ folgende Rehabilitationsdiagnosen (vgl. Bf-act.):

- Chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren
- Somatisch: muskuläre Dysbalance und Insuffizienz, degenerative Veränderungen, PHS bds. St.n. Arthroskopie 2013 rechts und 2014 links
 - Psychisch: maladaptiv, dysfunktionale Kognitionen und Emotionen, rezidivierende psychosoziale Belastungsfaktoren

In seiner Beurteilung wies der Oberarzt darauf hin, dass die Versicherte an einer chronischen Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren leide, wobei die somatischen Faktoren alleine die geklagten Beschwerden und Einschränkungen nicht erklären würden.

3. Eine gerichtliche Würdigung der medizinischen Aktenlage zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

3.1 Nach dem vorliegenden MEDAS-Gutachten (vom 2.12.2016) folgte an der I. _____-Klinik am 26. April 2017 eine Untersuchung durch einen orthopädischen Spezialisten für Obere Extremitäten (Oberarzt Orthopädie Dr.med. Y. _____), welcher zum Ausschluss einer Polymyalgia rheumatica bzw. einer Vasculitis sinngemäss ausführte, dass eine entsprechende rheumatologische Zusatzabklärung nachzuholen sei (vgl. IV-act. 65-3/4 unten).

3.2 Dieser Empfehlung schloss sich der RAD-Arzt Dr.med. F. _____ (Allgemeinmedizin FMH) in seiner Stellungnahme vom 8. Juni 2017 mit folgenden Ausführungen an (vgl. IV-act. 66-7/7, Hervorhebung nicht im Original):

Ich kann die in den Raum gestellte Diagnose einer entzündlich rheumatischen Erkrankung nicht vom Schreibtisch aus ohne Anamnese, Befund **und speziell Labor** verwerfen.

Im Rahmen der MWP [Mitwirkungspflicht] soll sich die V. bei einem Rheumatologen zu einer Standortbestimmung melden zwecks Ausschluss oder Bestätigung einer Polymyalgia rheumatica bzw. Vasculitis (Verweis auf den Bericht Y. _____, I. _____-Klinik). Diese Untersuchung könnte u.a. beim Rheumatologen J. _____ erfolgen - V. war letztmals vor 2 Jahren dort.

3.3 Daraufhin teilte die IV-Stelle mit Schreiben vom 14. Juni 2017 an die Rechtsschutzversicherung der Versicherten mit, dass letztere sich bei einem Rheumatologen melden solle. Dass diese rheumatologische Zusatzabklärung insbesondere (gemäss Vorgaben des RAD-Arztes) auch die Ermittlung von La-

borwerten umfassen sollte (um eine Polymyalgia rheumatica bzw. eine Vasculitis ausschliessen zu können), wurde nach der Aktenlage gegenüber der Versicherten und auch nicht zu Händen des untersuchenden Rheumatologen hinreichend thematisiert. Bei dieser Sachlage war dem Rheumatologen Dr.med. J. _____ bei der ambulanten Konsultation vom 19. Juni 2017 grundsätzlich gar nicht bekannt, dass von ihm eine Beantwortung der Fragestellung „ob eine Polymyalgia rheumatica bzw. Vasculitis auszuschliessen bzw. zu bestätigen sei“ erwartet wurde, und zwar (gemäss RAD-Arzt) unter Einbezug einer Laborabklärung. Von daher vermag die Argumentation in der Vernehmlassung (S. 2f.), wonach sich mit dem Verweis auf den durchgeführten Gaenslen-Handgriff kein Hinweis auf eine Polymyalgia rheumatica ergeben habe, nicht zu überzeugen. Das Gaenslen-Zeichen ist ein einfacher, klinischer Untersuch, bei dem der Untersucher die Hand auf Höhe der Fingergrundgelenke oder den Fuss auf Höhe der Zehengrundgelenke quer leicht komprimiert und dadurch Schmerzen auslöst. Fällt das Gaenslen-Zeichen positiv aus, gilt dies als Hinweis auf eine rheumatoide Arthritis, welche bevorzugt an kleinen Gelenken (Hände, Füsse) beginnt. Das Gaenslen-Zeichen ist indessen eindeutig nicht geeignet, einen befürwortenden oder ausschliessenden Hinweis zu einer Polymyalgia rheumatica zu geben, welche typischerweise zu Schmerzen im Bereich grosser Gelenke (Schultern, Hüften) und deren Umgebung führt. Abgesehen davon liegt keine Stellungnahme des RAD-Arztes Dr.med. F. _____ zum Bericht von Dr.med. J. _____ vom 7. Juli 2017 vor; aktenkundig ist lediglich eine Aktennotiz der vorinstanzlichen Sachbearbeiterin, wonach sie Rücksprache mit dem RAD-Arzt genommen habe. Ob bei dieser mündlichen Rücksprache der Bericht von Dr. J. _____ dem RAD-Arzt vorlag, und weshalb der RAD-Arzt seine Antwort nicht schriftlich festgehalten hat, ist den vorliegenden Akten nicht zu entnehmen (vgl. Vi-act. 72).

Zusammenfassend rechtfertigt es sich, in (teilweiser) Gutheissung des Rechtsbegehrens Ziffer 2 die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie die dargelegte rheumatologische Zusatzabklärung (unter ausdrücklichem Hinweis auf die zu klärende Fragestellung und unter Einbezug entsprechender Laboruntersuchungen) veranlassen und gestützt darauf (unter Einbezug der übrigen medizinischen Aktenlage) die verbliebene zumutbare Arbeitsfähigkeit neu beurteilen kann.

3.4 Für eine Rückweisung sprechen aber auch noch die folgenden Umstände. Im MEDAS-Gutachten wurde u.a. darauf hingewiesen, dass die Versicherte im durchgeführten Beschwerdevalidierungstest ein hoch auffälliges, signifikant schlechtes Ergebnis erzielt habe (vgl. vorstehend, Erw. 2.10). Demgegenüber hob PD Dr.med. AA. _____ in einem Schreiben vom 12. Februar 2018 an die

Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hervor, dass die Versicherte eindeutige Sprachprobleme habe, dass sie nicht schreiben könne und dass sie beim Lesen das Niveau eines Erstklässlers aufweise (vgl. Erw. 2.15.1). In diesem Zusammenhang interessiert die Beantwortung der Fragestellung, ob und inwieweit das hoch auffällige, schlechte Ergebnis beim vom MEDAS-Psychiater durchgeführten Beschwerdevalidierungstest möglicherweise (ganz oder teilweise) durch diese angesprochenen Sprachprobleme nachvollziehbar erklärt werden können (bzw. weshalb dies gegebenenfalls nicht zutreffend sei). Diesbezüglich drängt sich eine entsprechende Rückfrage beim MEDAS-Psychiater auf.

3.5 Im Übrigen versteht sich von selbst, dass die Vorinstanz der Versicherten noch das rechtliche Gehör zu den getroffenen Abklärungsergebnissen einzuräumen haben wird (wobei nach § 16 Abs. 3 VRP - solange die Partei die Vollmacht nicht widerruft - die Rechtsvertreterin der Versicherten als Empfängerin aller behördlichen Zustellungen gilt). Alsdann wird die Vorinstanz über den Leistungsanspruch neu zu befinden haben.

4. Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten (wie auch der Zusprechung einer Parteienschädigung) als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei, und zwar unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wurde (vgl. u.a. Urteil des Bundesgerichts 8C_78/2009 vom 31.8.2010, teilw. publ. in BGE 136 II 393ff. Erw. 12.1, mit Verweis auf BGE 132 V 235 Erw. 6.1). Dementsprechend werden die Verfahrenskosten der Vorinstanz auferlegt, derweil die Beschwerdeführerin Anspruch auf Rückzahlung des von ihr bezahlten Kostenvorschusses hat.

Zudem wird der Beschwerdeführerin zu Lasten der Vorinstanz eine Parteienschädigung zugesprochen. In Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411), welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 15 GebTRA einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht sowie unter Beachtung der in § 2 GebTRA enthaltenen Kriterien (Wichtigkeit der Streitsache, Schwierigkeit, Umfang und der Art der Arbeitsleistung, notwendiger Zeitaufwand) und in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens ist das Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) auf Fr. 2'000.-- festzulegen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 19. Januar 2018 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. Die IV-Stelle wird nach Durchführung der entsprechenden Zusatzabklärungen und Gewährung des rechtlichen Gehörs neu über den Leistungsanspruch zu befinden haben.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Vorinstanz auferlegt. Diese Kosten werden zahlungsverkehrsmässig so abgewickelt, dass das Verwaltungsgericht den von der Beschwerdeführerin einbezahlten Kostenvorschuss von Fr. 500.-- einbehält und ihr (bzw. ihrer Rechtsvertreterin) Fr. 500.-- durch die Vorinstanz zu bezahlen sind.
3. Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- zugesprochen (Auszahlung an die Rechtsvertreterin).
4. 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).
5. Zustellung an:
 - die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen, 3003 Bern (A).

Schwyz, 26. Juni 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***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: 27. Juni 2018