

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 55

Entscheid vom 12. November 2018

Besetzung

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

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt Dr.iur. B. _____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A. _____ (geb. _____ 1980, _____) hatte zuletzt bei der C. _____ AG in einem Pensum von 55% gearbeitet. Am 28. März 2008 unterzeichnete sie eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen (IV-act. 1). Nach Abklärungen verfügte die IV-Stelle am 1. Oktober 2009, dass das Rentengesuch abgewiesen werde (IV-act. 41). Eine dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Verwaltungsgericht mit Entscheid I 2009 145 vom 5. Februar 2010 insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zur ergänzenden Abklärung an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde (IV-act. 44).

B. In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine interdisziplinäre Begutachtung (IV-act 55). Das E. _____ erstattete ein von vier Fachärzten unterzeichnetes und per 14. Februar 2011 datiertes Gutachten (IV-act. 60). Nach Einwänden gegen den Vorbescheid (vgl. IV-act. 74) gab die IV-Stelle beim E. _____ noch eine Verlaufsbeurteilung in Auftrag, welche zu einem ergänzenden Gutachten vom 15. Mai 2012 führte (IV-act. 92). Gestützt darauf verfügte die IV-Stelle am 9. Juli 2012, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 95). Dagegen beschwerte sich A. _____ erfolglos beim Verwaltungsgericht (VGE I 2012 97 vom 12.12.2012 = IV-act. 101). Eine gegen diesen VGE I 2012 97 von A. _____ erhobene Beschwerde hat das Bundesgericht mit Urteil 8C_116/2013 vom 3. Mai 2013 abgewiesen (IV-act. 105).

C. Am 6. Oktober 2016 reichte A. _____ einen Antrag auf Neuprüfung des IV-Leistungsanspruchs ein (IV-act. 109). Die IV-Stelle erachtete ein neues interdisziplinäres Gutachten als nötig (IV-act. 120). Die Auslosung des Begutachtungsauftrages ergab, dass erneut das E. _____ als Gutachterstelle fungierte (IV-act. 122). Nach Untersuchungen vom 7. und 12. Juni 2017 ging das neue, per 29. Juni 2017 datierte E. _____-Gutachten am 12. Juli 2017 ein (IV-act. 127). Mit Vorbescheid vom 9. November 2017 kündigte die IV-Stelle an, das Leistungsbegehren sei abzuweisen (IV-act. 129). Mit Einwänden vom 18. Januar 2018 forderte A. _____ insbesondere die Einholung eines neuen interdisziplinären Gutachtens bei einer anderen Gutachterstelle (IV-act. 133).

D. Mit Verfügung vom 6. Juni 2018 hat die IV-Stelle das Leistungsbegehren abgewiesen. Dagegen liess A. _____ rechtzeitig am 4. Juli 2018 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 6. Juni 2018 sei aufzuheben.
2. Das Verfahren sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein neues Gutachten bei einer anderen MEDAS-Gutachterstelle einholt.

3. Eventualiter seien den E. _____-Gutachtern vor Erlass einer Verfügung Ergänzungsfragen zu stellen gemäss den untenstehenden Ausführungen. Der Beschwerdeführerin sei Gelegenheit zu geben, den Gutachtern ihrerseits Ergänzungsfragen zu stellen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zugunsten der Beschwerdeführerin.

E. Mit Vernehmlassung vom 23. August 2018 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 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).

1.4.1 Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: 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 Beschwerde die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall das Gericht nicht kompetent sind (vgl. BGE 140 V 195, Erw. 3.2 mit Hinweis).

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. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 196 Erw. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

1.4.2 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 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. 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).

1.4.3 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).

1.5 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 8C_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 148 Erw. 5.3).

2.1 Als Ausgangslage ist im vorliegenden Fall zu berücksichtigen, dass im ersten MEDAS-Gutachten des E._____ vom 14. Februar 2011 Dr.med. F._____ (internistische/allgemeinmedizinische Fallführung), Dr.med. G._____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie), Dr.med. H._____ (FMH Rheumatologie) und Dr.med. I._____ (FMH Chirurgie) folgende Diagnosen stellten sowie die Arbeitsfähigkeit wie folgt beurteilten (IV-act. 60-19/28):

5.1 Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Chronische infraumbilicale Bauchdeckenschmerzen (ICD-10 T88.8)
 - Status nach dreimaliger Sectio cesarea (letztmals 5/07)
 - Atrophie der Bauchmuskulatur und Erschlaffung der Bauchfaszien
 - infraumbilicale Rectusdiastase (MRI 4/09)
2. Ausgeprägte allgemeine Hyperlaxität (ICD-10 M35.7)
3. Leichtes lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei lumbaler Hyperlordose (ICD-10 M54.5)

5.2 Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Übergewicht, BMI 27 kg/m²

(...).

6.2 Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in anderen Tätigkeiten

(...).

Aus rheumatologischer Sicht und viszeralchirurgischer Sicht können multifaktoriell bedingt, abdominale Beschwerden bei Status nach dreimaliger Sectio caesarea und konsekutiver Atrophie der Bauchmuskulatur und Erschlaffung der Bauchfaszien sowie MR-tomographisch nachgewiesener infraumbilikaler Rektusdiastase diagnostiziert werden. Aufgrund der erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen können der Explorandin körperlich schwere Tätigkeiten bleibend nicht mehr sowie körperlich mittelschwere Tätigkeiten und somit auch die

zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin in einer D._____ (Unternehmung) nur mit einer Einschränkung von 60% zugemutet werden. Demgegenüber besteht für körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten einen ganztags zumutbare Arbeitsfähigkeit von 80%, vollschichtig realisierbar, mit einer Leistungseinschränkung von 20% bedingt durch den erhöhten Pausenbedarf. Die ausgeprägte allgemeine Hyperelastizität sowie das leichte lumbovertebrale Schmerzsyndrom bei lumbaler Hyperlordose führen zu keiner zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (...).

6.4 Arbeitstätigkeit im Haushalt und Stellungnahme zur gemischten Methode

Im Abklärungsbericht Haushalt vom 07.05.2009 wurde eine Qualifikation von 55% Erwerbstätigkeit zu 45% Hausarbeit festgehalten und eine Einschränkung für die häuslichen Tätigkeiten von 13% ermittelt. Aus polydisziplinärer Sicht besteht bei freier Zeiteinteilung für die häuslichen Tätigkeiten mit intermittierend mittelschweren Tätigkeitsanteilen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20%. Diese können der Explorandin neben einer beruflichen Erwerbstätigkeit zugemutet werden.

2.2 Nachdem der Hausarzt Dr.med. J._____ (FMH Allg. Medizin) am 22. Juli 2011 eine Zunahme der Rektusdiastase festgestellt hatte (IV-act. 80), veranlasste die IV-Stelle nach Rücksprache mit dem RAD eine Verlaufsbeurteilung beim E._____ (IV-act. 82), wobei die damalige Rechtsvertreterin der Versicherten Ergänzungsfragen für die Gutachter formulierte (IV-act. 84).

Im zweiten E._____ -Gutachten vom 15. Mai 2012 stellte ein anderes Ärzte-Team (Dr.med. K._____, Fallführung, FMH Allgemeine Innere Medizin/ Dr.med. L._____, FMH Psychiatrie & Psychotherapie/ Dr.med. M._____, FMH Orthopädische Chirurgie/ PD Dr.med. N._____, FMH Viszeralchirurgie) folgende Diagnosen (IV-act. 92-25ff./51):

5.1 Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Komplexes abdominales Schmerzsyndrom (ICD-10 R10.4) bei
 - Rektusdiastase (ICD-10 M62.08) mit
 - Konsekutiver Bauchwandhernie (ICD-10 K43.9) bei
 - Status nach drei Schwangerschaften und
 - Status nach Sectiones caesareae 2003, 2006 und 2007
2. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5)
 - massive Fehlhaltung im Sinne eines Hohl-Rundrückens samt Protraktion von Kopf und Schultern
 - radiologisch unauffälliger Befund der Lendenwirbelsäule und Iliosakralgelenke (Röntgen 09.12.2011)

5.2 Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54)
2. Übergewicht (BMI 28.5 kg/m²)
3. Rezidivierende gastritische Beschwerden (ICD-10 K29.7)
 - andauernde Einnahme von NSAID
 - Dauerbehandlung mit PPI

4. Medikamentenmalcompliance (ICD-10 Z91.1)
5. Leichte Leberenzymhöhung unklarer Ätiologie
 - bei grenzwertiger Adipositas (Steatohepatitis), medikamentös induziert, andere Ursachen.

6. Gesamtbeurteilung

Die Konklusion dieses Gutachtens wurde durch einen interdisziplinären Konsensus mit den unterzeichneten Untersuchern erarbeitet.
(...).

6.2 Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in anderen Tätigkeiten

Im Vordergrund steht bei dieser Exploration die Evaluation der Bauchbeschwerden. (...)

Zusammenfassend resultiert aus interdisziplinärer Sicht, dass bei der Explorandin für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit besteht. Es ist anzunehmen, dass auch die angestammte, zuletzt durchgeführte Tätigkeit in dieses Zumutbarkeitsprofil fällt. Aufgrund der komplexen, protrahierten Beschwerdeproblematik kann von einer Leistungseinbusse von 20% ausgegangen werden, dies im Sinne eines erhöhten Pausenbedarfs von 10 Minuten pro Stunde und einem leicht reduzierten Rendement. Körperlich anhaltend mittelschwere, schwere und nicht adaptierte Tätigkeiten sind der Explorandin bleibend nicht mehr zumutbar.

6.3 Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit

Seit unserer letzten Begutachtung von Anfang 2011 ergab sich keine relevante Veränderung der objektiven Befunde und damit auch der Arbeitsfähigkeit.

6.4 Arbeitsfähigkeit im Haushalt und Stellungnahme zur gemischten Methode

Auch im Haushalt besteht keine veränderte Einschätzung der Situation, weiterhin kann bei freier Zeiteinteilung und mit vertrauter Umgebung aus medizinisch theoretischer Sicht eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen werden.

6.5 Stellungnahme zur Selbsteinschätzung der versicherten Person/ Inkonsistenzen

Die Explorandin hält sich für vollständig arbeitsunfähig in jeglicher Tätigkeit, was aufgrund der objektivierbaren Befunde weder somatisch noch psychiatrisch nachvollzogen werden kann. (...)

2.3 Dr.med. O. _____ (Chefarzt Chirurgie/ S. _____ (Spital)) untersuchte die Versicherte am 28. Januar 2013 und stellte in seinem der IV-Stelle am 7. Februar 2013 eingegangenen Bericht folgende Diagnosen (IV-act. 102):

1. Ausgeprägte Rektusdiastase, Vd. A. mediane Hernie
 - Chronisches Schmerzsyndrom
2. Chronisches lumbales Schmerzsyndrom
3. Depressive Entwicklung

In der Beurteilung führte Dr.med. O. _____ u.a. aus, die Arbeitsunfähigkeit setze sich langfristig aus verschiedenen Faktoren zusammen: einerseits die reduzierte Bauchdeckenbelastbarkeit, andererseits das chronifizierte Schmerzsyndrom, zusätzlich noch eine depressive Verstimmung. Eine lediglich 20%ige Arbeitsunfähigkeit sei nicht angemessen; die Summe der Einschränkungen physi-

scher und psychischer Art würde zweifellos eine Arbeitsunfähigkeit langfristig von 40% bis 50% begründen (IV-act. 102-4/4 und 103-12/13, je in fine).

2.4 Der Hausarzt Dr.med. J._____ berichtete der IV-Stelle am 7. Dezember 2016 unter anderem, dass im Herbst 2012 eine Therapie an der Schmerzklinik des P._____ (Spital) begonnen und ohne Erfolg beendet wurde. Während der folgenden Jahre sei die Versicherte mehrmals am S._____ (Spital) in Behandlung gewesen (ambulant / kurze stationäre Aufenthalte). Es habe sich immer mehr gezeigt, dass neben dem chronifizierten neuropathischen Schmerzsyndrom Symptome einer generalisierten Angststörung aufgetreten seien. Schliesslich habe die Versicherte eine Behandlung beim U._____ (Psychiatrische Praxis) begonnen, wobei unter Gesprächstherapie und medikamentöser Therapie doch eine gewisse Besserung erzielt werden konnte. Insgesamt sei eine neue Abklärung durch die IV-Stelle angezeigt (IV-act. 114-1/15).

2.5 Die Ärztin V._____ (U._____ (Psychiatrische Praxis)) stellte im Bericht vom 12. Dezember 2016 die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung (ICD-10:F32.1) mit somatoformer Störung. Die Versicherte zeige sehr starke depressive Züge wie Schuldgefühle, Selbstanklage, Rückzugstendenzen. Seit August 2015 hätten ihre Beschwerden mit Ängsten und trauriger Grundstimmung deutlich zugenommen. Aufgrund der Symptomatik sei die Versicherte nicht mehr in der Lage, selbständig zu arbeiten (IV-act. 115-1f./5).

2.6 Die RAD-Ärztin W._____ empfahl nach einer Prüfung der medizinischen Aktenlage eine erneute interdisziplinäre Begutachtung mit der Begründung, dass die geltend gemachte gesundheitliche Verschlechterung sich vom Schreibtisch aus nicht umfassend und schlüssig beurteilen lasse (IV-act. 119). Daraufhin wurde die Versicherte mit Schreiben vom 17. März 2017 über die Durchführung einer erneuten Begutachtung nach dem Zufallsprinzip (d.h. via die Plattform SuisseMED@p) orientiert, wobei ihr der Fragenkatalog für die Gutachter abgegeben sowie ihr Gelegenheit gegeben wurde, Ergänzungsfragen zu stellen (IV-act. 120, 121 und 122). Die ausgeloste Gutachterstelle (E._____) sowie die Namen der Gutachter (Prof. Dr. X._____, allg. Innere Medizin/ PD Dr. N._____, Chirurgie/ Dr. L._____, Psychiatrie und Psychotherapie/ Dr. H._____, Rheumatologie) wurden mit Schreiben vom 9. Mai 2017 der Versicherten bekanntgegeben (IV-act. 125). Die entsprechenden Untersuchungen fanden am 7. und 12. Juni 2017 statt (IV-act. 126-3/3). Im (3.) E._____ -Gutachten stellten die erwähnten Sachverständigen folgende Diagnosen (IV-act. 127-31/34):

5.1 Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Leichtes chronisches Lumbovertebralsyndrom (ICD-10 M54.5/ M35.7)

- Hyperlordose der LWS
- ungenügender Stabilisation der Wirbelsäule bei chronischen Bauchdeckenschmerzen und bei allgemeiner Hyperlaxität

5.2 Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54)
 - Rektusdiastase (ICD-10 M62.08) und anamnestisch Verdacht auf mediane Hernie (ICD-10 K43.9) bei
 - St.n. drei durch Sectio caesarea abgeschlossenen Schwangerschaften 2003, 2005 und 2007
 - fragliche Mononeuropathie inguinaler Nerven rechts
2. Ängstlich-depressive Störung (ICD-10 F41.2)

In ihrer Beurteilung führten die Gutachter u.a. was folgt aus (IV-act. 127-32/34):

Insgesamt ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede in Bezug zur Vorbegutachtung im E._____ im Jahre 2012. Nach wie vor sind die von der Explorandin beklagten Beschwerden grösstenteils nicht objektivierbar und als mehrheitlich funktionell zu interpretieren. Bis zu einem gewissen Grad nachvollziehbar sind lumbalbetonte Rückenbeschwerden bei Hyperlordose der LWS und ungenügender Stabilisation der Wirbelsäule bei chronischen Bauchdeckenschmerzen und allgemeiner Hyperlaxität. Aufgrund des leichten chronischen Lumbovertebralsyndroms besteht keine Arbeitsfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten, für körperlich mittelschwere Tätigkeiten besteht eine Arbeitsfähigkeit von 40%. Hingegen besteht in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Für die Tätigkeit im Haushalt mit teilweise mindestens mittelschweren Tätigkeiten, jedoch der Möglichkeit zu vermehrten Pausen und selbständigem Einteilen des Pensums, besteht eine maximale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20%.

Auch aus internistischer und viszeralchirurgischer Sicht können keine weiteren Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Einzig aufgrund der Rektusdiastase sind körperlich schwere Tätigkeiten für die Explorandin ungeeignet.

Ausser aus Sicht des Bewegungsapparates können aus keiner weiteren Fachdisziplin Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden verantwortlich ist eine Schmerzverarbeitungsstörung, welche aber gemäss aktueller psychiatrischer Beurteilung nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt. (...)

2.7 Am 27. Januar 2018 unterbreitete der Rechtsvertreter der Versicherten den Fachpersonen der U._____ (Psychiatrische Praxis) folgende Fragen (IV-act. 135-4f./14), welche von Dr.med. Q._____ (Assistenzärztin) und Dr.med. R._____ (U._____ Chefärztin) wie folgt beantwortet wurden (IV-act. 135-7f./14):

1. Wie beurteilen Sie den aktuellen Gesundheitszustand von A._____? Welche Diagnosen stellen Sie? Wie beurteilen Sie die Arbeitsfähigkeit von A._____?

Den aktuellen Gesundheitszustand von A._____ können wir nur von psychiatrisch-psychotherapeutischer Seite beurteilen. Primär ausschlaggebend für die Arbeitsunfähigkeit sind die somatischen Beschwerden, die aufgrund von wenig Aussicht auf Besserung in den letzten Jahren zur Entwicklung der psychiatrischen Erkrankungen führten. Von psychiatrischer Seite leidet die Patientin an den Symptomen einer mittelgradigen depressiven Störung, sowie einer somatoformen Störung. Die Arbeitsfähigkeit von A._____ ist auch aufgrund der psychischen Erkrankungen sicherlich eingeschränkt, zumindest zu 50%.

2. Wie beurteilen Sie das MEDAS-Gutachten des E._____ vom 29. Juni 2017? Sind Sie mit den Befunden und den medizinischen Schlussfolgerungen des psychiatrischen Teilgutachters einverstanden? Wenn Sie anderer medizinischer Auffassung sind, bitte begründen Sie Ihre abweichende Meinung.

Dazu ist anzumerken, dass wir von Privatpersonen keine Gutachteraufträge entgegennehmen. Wir werden deshalb zu den Ausführungen des Gutachtens im Sinne eines Gegengutachtens nicht näher eingehen. Zu Punkt 4.1.7 des Gutachtens ist anzumerken, dass die Explorandin bereits 2011 und 2012 psychiatrisch begutachtet wurde und damals möglicherweise noch keine psychiatrische Erkrankung vorlag. Die Explorandin befindet sich seit 2015 in unserer ambulanten Behandlung. Seit diesem Zeitpunkt hat die unverändert weiter bestehende somatische Grunderkrankung in den letzten Jahren zu einer Verschlechterung bezüglich der psychiatrischen Erkrankungen beigetragen.

3. Der psychiatrische Teilgutachter schreibt, A._____ habe heute keine Todeswünsche mehr? Können Sie dies bestätigen?

A._____ äusserte sich nie explizit suizidal im Sinne von konkreten Suizid-Absichten, dies wäre mit ihrem Glauben nicht vereinbar, jedoch werden wiederholt Lebensüberdrussgedanken und passive Todeswünsche geäußert.

4. Der Gutachter schreibt, dass es A._____ seit der Einnahme von Remeron im Oktober 2015 deutlich besser gehe. Können Sie das bestätigen?

Remeron hat bei der Patientin den Schlaf verbessert, zeigte jedoch kaum Einfluss auf die depressive Symptomatik wie sehr gedrückte Stimmung, Ängste und Panikgefühle, Anhedonie, verminderten Antrieb oder auf die somatoformen Beschwerden.

5. Sie erwähnen im Arztbericht vom 12. Dezember 2016 die Gefahr einer Verwahrlosung von A._____. Können Sie das genauer erläutern?

A._____ erhält viel Unterstützung von ihrem Ehemann, von der Schwester, von der Schwägerin und anderen Verwandten. Sie selbst ist aufgrund ihres gesamten Gesundheitszustandes nicht in der Lage, sich selbst ausreichend zu pflegen, ihren Haushalt selbständig zu versorgen oder ihre Kinder adäquat zu betreuen. Ohne die Unterstützung der Familie und den engen Familienzusammenhalt besteht nach wie vor die Gefahr der Verwahrlosung.

6. Hat sich der psychische Gesundheitszustand von A._____ im Vergleich mit dem Jahre 2012 verbessert, verschlechtert oder ist er gleich geblieben?

Über den psychischen Gesundheitszustand von A._____ aus dem Jahre 2012 ist uns nichts bekannt, sie stand zu diesem Zeitpunkt nicht in unserer

Behandlung. Seit 2015 liegt eine depressive Erkrankung und somatoforme Störung mit Tendenz zur Verschlechterung vor.

7. Weitere Bemerkungen? *Keine.*

2.8 Dr.med. O._____, welcher die Versicherte letztmals am 14. Juli 2016 gesehen hatte, erstattete dem Rechtsvertreter der Versicherten am 19. März 2018 einen Bericht mit folgenden Diagnosen (IV-act. 135-12/14):

1. Ausgeprägte Rektusdiastase, suprasymphysär klar Verdacht auf kleine Narbenhernie (Untersuchungen bis und mit 30.10.2014)
2. Chronifiziertes neuropathisches Schmerzsyndrom mit/bei
 - Initial von Unterbauch rechts mit Triggerpunkt unterhalb der Operationsnarbe
 - St.n. diversen medikamentösen Schmerz-distanzierenden Behandlungsversuchen und Abbruch wegen Medikamentennebenwirkungen
 - St.n. dreimaliger Sectio caesarea mit Eintritt des Schmerzsyndroms unmittelbar nach letzter 2007
 - Ausgeprägte Allodynie um Narbe rechtsbetont
 - Muskuläres Defizit
3. Leichtes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit:
 - Osteochondrose L5/S1
 - Diskusprotrusion L5/S1
4. V.a. Panikstörung bei ängstlicher Grundpersönlichkeit, DD generalisierte Angststörung (07.10.2015 psychiatrische Beurteilung Y._____, Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie)
5. V.a. Entwicklung eines depressiven Krankheitsbildes (Therapie U._____, (Psychiatrische Praxis))

Zum psychiatrischen Teilgutachten äusserte sich Dr.med. O._____ u.a. dahingehend, dass "die Schlussfolgerungen aus dem Beschrieb und den vorliegenden Akten auswärtiger Psychiater" "die Schlussfolgerung 4.1.10.1 / 4.1.10.2 für mich als problematisch erscheinen" lasse (IV-act. 135-13/14).

Zur viszeralchirurgischen Beurteilung führte Dr.med. O._____ aus, die gestörte Bauchwandmotilität bzw. die Bauchwandpathologie im Sinne einer Rektusdiastase werde bestätigt. Ebenfalls werde eine Arbeitsfähigkeit für schwere körperliche Arbeiten verneint. Eine körperliche Untersuchung des Abdomens habe aufgrund der Aktenlage auf Patientenwunsch hin nicht stattgefunden (IV-act. 135-13/14 unten).

Des Weiteren machte Dr.med. O._____ geltend, dass sich der Zustand der Versicherten seit 2012 sukzessive verschlechtert habe; es habe eine zunehmende Dekonditionierung stattgefunden und es habe sich ein chronisches Schmerzsyndrom etabliert. Zudem führt er aus (IV-act. 135-14/14, Schreibweise gemäss Original):

Gefahr mit der stark reduzierten Belastbarkeit physischer Art hat sich eine deutliche Regression ergeben. Der Verlauf ist in den einzelnen Teilgutachten auch mit

entsprechender eigener Interpretation des Begutachtenden auch dokumentiert. Unisono wird eine Verschlechterung der Situation anamnestisch beschrieben mit zunehmenden Symptomen eines chronifizierten Schmerzsyndroms, einer zunehmenden Bauchwandschwäche und zunehmenden psychiatrischen/ psychosomatischen Beschwerden.

Sowohl aus rheumatologischer Sicht, als auch streng viszeralchirurgischer Sicht ist eine deutlich reduzierte Arbeitsfähigkeit attestiert. Eine entsprechende Konsequenz in der Gesamtbeurteilung fehlt im Gesamtgutachten bzw. ist für mich nicht so nachvollziehbar.

In Gesamtschau des familiären und schulischen Hintergrundes bzw. des gesamtmedizinischen Verlaufs besteht für mich eine anhaltende erhebliche Arbeitsunfähigkeit, welche aufgrund der somatischen Probleme im Verlauf weiter zunehmen wird, da die Biomechanik der Bauchdecke gestört ist und so die Funktionalität weiter reduziert wird.

Eine operative Revision auch mit der neuen Hybridtechnik wird mit hoher Wahrscheinlichkeit die Probleme der Patientin nicht lösen.

In Zusammenschau der Einzelgutachten und der Gesamtinterpretation ist eine Neubeurteilung von einer anderen Gruppe anzustreben.

2.9 Die RAD-Ärztin W._____ plädierte nach einer Prüfung der medizinischen Akten in ihrer Stellungnahme vom 15. Mai 2018 dafür, dass weiterhin auf das Gutachten vom 29. Juni 2017 abgestellt werden könne. Weiter führte sie u.a. aus (IV-act. 136-7/7):

Es geht, wie so oft, bei den vorliegenden Einwänden des RA, flankiert von den Stellungnahmen der aktuellen Behandler (Dr. O._____, Dr. R._____) immer wieder um eine etwas andere Betrachtungsweise des gleichen Sachverhalts. Die Inbezugsetzung der objektiven Befunde, der psychosozialen Gegebenheiten, sowie zumindest versicherungsmedizinisch der anzuwendenden versicherungsjuristischen Vorgaben werden unterschiedlich gehandhabt.

Es stellt sich dabei für die Behandler oft die Frage, wieweit man die psychosozialen Belange in das vermeintlich sich verschlechternde Krankheitsbild mit einbezieht oder nicht. Dieses vor allem von psychiatrischer Seite. Darüber kann man geteilter Meinung sein.

Deutlich wird auch eine zunehmende Dekonditionierung der V., (was hier die somatische Seite betrifft) auch dieses ist eine Tatsache, die in einer versicherungsmedizinischen Gesamtbeurteilung bez. Arbeitsfähigkeit keinen Platz hat, oder haben muss.

3. In der Folge ist auf die in der Beschwerdeschrift vorgebrachten Rügen und Einwände näher einzugehen.

3.1 In der Beschwerde (S. 11, Ziff. 20) wird die medizinische Ausbildung der RAD-Ärztin W._____ bezweifelt. Dieser Einwand ist nicht zu hören. Wie die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung glaubhaft ausgeführt hat, verfügt die betreffende RAD-Ärztin über eine in Deutschland absolvierte Facharztausbildung, welche in der Schweiz anerkannt wird. Abgesehen davon hat sich das Verwaltungsgericht bereits in zahlreichen Entscheiden mit Beurteilungen dieser RAD-Ärztin auseinandergesetzt, was gerichtsnotorisch ist, ohne dass bei anschliessenden

Weiterzügen das Bundesgericht die Ausbildung dieses Mitgliedes des RAD Zentralschweiz in Frage gestellt hätte.

3.2 Soweit die Beschwerdeführerin fordert, dass ihr Gelegenheit zu geben sei, den Gutachtern Ergänzungsfragen zu stellen (Rechtsbegehren Ziff. 3) und überdies eine Verletzung des rechtlichen Gehörs sowie der Untersuchungsmaxime gerügt wird, weil die Kritik von Dr.med. O. _____ am MEDAS-Gutachten den Gutachtern nicht zur Stellungnahme vorgelegt worden sei, ist vorab der Beschwerdeführerin entgegenzuhalten, dass ihr die Vorinstanz mit Schreiben vom 17. März 2017 den für die Gutachter vorgesehenen Fragenkatalog zukommen liess und ihr ausdrücklich Gelegenheit gab, Zusatzfragen zu stellen (IV-act. 120-1/2, 3. Abs. in fine; IV-act. 121). Abgesehen davon kannte die Versicherte den Ablauf bei interdisziplinären Begutachtungen, nachdem es sich beim streitigen Gutachten um das 3. MEDAS-Gutachten handelt. Zudem hat die Vorinstanz die erwähnte Kritik von Dr.med. O. _____ der zuständigen RAD-Ärztin vorgelegt, welche die Differenzen zwischen der Einschätzung von Dr.med. O. _____ und Dr.med. R. _____ einerseits sowie von den MEDAS-Gutachtern und insbesondere dem begutachtenden Psychiater andererseits in nachvollziehbarer Weise mit dem unterschiedlichen Blickwinkel von Behandler und Gutachter erklärt hat. Darauf ist nachfolgend zurückzukommen. Entgegen der sinngemässen Auffassung der Beschwerdeführerin hat sie keinen Anspruch darauf, dass von behandelnden Ärzten geäusserte Kritik zwingend von den kritisierten Gutachtern geprüft werden müsste. Soweit die Beschwerdeführerin sich schliesslich auf den in Ziffer 11 und 12 der Beschwerde von Dr.med. O. _____ und Dr.med. R. _____ vorgebrachten, verschlechterten Gesundheitszustand beruft, ist klarzustellen, dass jener Bericht vom 15. Juli 2016 (= IV-act. 114-4f./15) und derjenige vom 2. Februar 2016 (= IV-act. 114-6f./15) den Sachverständigen bei der Erstattung des Gutachtens vom 29. Juni 2017 vorlagen, was aktenmässig dokumentiert ist (IV-act. 127-6/34). Analoges gilt für den Bericht von Dr.med. T. _____ vom 5. Dezember 2016 (vgl. Beschwerde Ziffer 13 i.V.m. IV-act. 127-5/34 unten).

3.3 In der Beschwerde wird weiter sinngemäss gerügt, dass die konsultierten Ärzte im Vergleich zur letzten Begutachtung (2012) von einer sukzessiven Verschlechterung sowie einer zunehmenden Dekonditionierung ausgehen würden, was an sich auch im Gutachten dokumentiert werde (vgl. Beschwerde, Ziff. 17), indes diese Entwicklung im (3.) MEDAS-Gutachten nicht in die Gesamtbeurteilung einflüsse und insofern das Gutachten widersprüchlich und nicht beweiskräftig sei (Beschwerde Ziff. 18). Dazu wird in der vorinstanzlichen Vernehmlassung (Ziff. 6) überzeugend dargelegt, dass aus dem Umstand, wonach sich die Be-

schwerdeführerin (seit langem, siehe verwaltungsgerichtliches Verfahren I 2012 97 und bundesgerichtliches Verfahren 8C_116/2013) subjektiv für massiv eingeschränkt hält und sich entsprechend auch so darstellt und in der Anamnese so beschreibt, keine objektiven Befunde abgeleitet werden können. Dass die subjektiven Angaben auf eine depressive Störung hindeuten, wie dies von Seiten der Beschwerdeführerin vorgebracht wird, bedeutet nicht, dass eine solche Störung tatsächlich auch objektivierbar ausgewiesen ist. Der Feststellung der Vorinstanz, wonach der psychopathologische Befund vom MEDAS-Psychiater AMDP-konform erhoben wurde (IV-act. 127-20ff./34), ist beizupflichten. Die für eine Depression typischen Symptome konnten nicht evaluiert werden. Mit der Vorinstanz ist festzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter seine von Behandlern abweichende Einschätzung klar begründet und schlüssig dargelegt hat, weshalb er das Vorliegen einer IV-relevanten depressiven Störung verneint und die Symptome einer durch behandelnde Ärzte vorgebrachten mittelgradigen depressiven Störung als nicht erfüllt erachtete. So war die Stimmung der Versicherten zwar klagsam, bedrückt, aber nicht eigentlich depressiv. Ihre Psychomotorik präsentierte sich lebhaft, und der Antrieb war nicht vermindert. Der affektive Kontakt zum Untersucher war gut. Die affektive Schwingungsfähigkeit (welche i.d.R. bei mittelgradigen depressiven Episoden aufgehoben ist, vgl. IV-act. 127-22/34 Mitte) war nicht aufgehoben. Sodann machte die Beschwerdeführerin einen wachen Eindruck, war bewusstseinsklar sowie zeitlich, örtlich, situativ und auch zur eigenen Person gut orientiert. Anhaltspunkte für Konzentrationsschwächen waren nicht erkennbar. Die Beschwerdeführerin konnte gut auf die gestellten Fragen eingehen, Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen waren intakt. Hinweise für wahnhaftes Denken, Halluzinationen, Zwangshandlungen etc. waren nicht feststellbar. In diesem Zusammenhang wurde in der vorinstanzlichen Vernehmlassung (S. 3 unten) überzeugend hervorgehoben, dass es aussagekräftiger ist, einen Exploranden zu beobachten und diesbezüglich sich nicht auf den Inhalt von Antworten auf Fragen zu beschränken. Dies gilt erst recht, wenn die zu begutachtende Person sich subjektiv für sämtliche Arbeiten als vollständig arbeitsfähig hält bei einer seit Jahren vorherrschenden deutlichen Krankheitsüberzeugung. Eine gezielte Beobachtung führt in solchen Fällen zu tragfähigeren Ergebnissen, als sich einfach auf bloße subjektive Angaben zu verlassen, die auf explizite Nachfrage hin getätigt werden. Auch den weiteren Ausführungen der Vorinstanz zu passiven Todeswünschen, zum sozialen Rückzug und im Vergleich zur letztmaligen Begutachtung ist uneingeschränkt beizupflichten. Es kann darauf verwiesen werden (vgl. zit. Vernehmlassung, S. 4).

3.4 Was die höchstrichterliche Indikatorenrechtsprechung anbelangt, wurde im Fragebogen für die Gutachter ausdrücklich darauf hingewiesen (IV-act. 121-1/2

oben). Mit der Vorinstanz ist festzuhalten, dass im Gutachten zur Ausprägung und Schwere der Befunde ausdrücklich Stellung genommen wurde (IV-act. 127-22/34 unten). Im Ergebnis werden Funktionseinschränkungen, welche auf die Gesundheitsschädigung zurückzuführen sind, von Folgen nicht versicherter Faktoren (soziokulturell, finanzielle Lage etc.) abgegrenzt. Das Bundesgericht hat unlängst im Urteil 9C_135/2018 vom 11. Juli 2018 (Erw. 2.2) wiederholt, dass psychosoziale Belastungsfaktoren als invaliditätsfremd bei der Arbeitsfähigkeits-schätzung auszuklammern sind. Darauf hat auch die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 15. Mai 2018 zutreffend hingewiesen (IV-act. 136-7/7). Sodann wurde im (3.) MEDAS-Gutachten auch der soziale Kontext berücksichtigt und es erfolgte eine (nachvollziehbare) Ressourcenprüfung. Dabei wurde ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin seit Jahren eine intensive Unterstützung durch Familienangehörige erfährt und dadurch keine Motivation besteht, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (sekundärer Krankheitsgewinn bei massiver subjektiver Krankheitsüberzeugung; vgl. zit. Vernehmlassung S. 4 unten i.V.m. IV-act. 127-23/24 unten). Beizupflichten ist auch der Feststellung der Vorinstanz, wonach ausdrücklich auch eine Konsistenzprüfung erfolgte mit widersprüchlichen Angaben, dass sie einerseits bei Schmerzen sich nicht hinlegen könne, andauernd in Bewegung sei, um dann rund 10 Minuten später zu berichten, dass sie sich immer wieder hinlegen müsse (vgl. IV-act. 127-24/34, Ziff. 4.1.10.4). Anzuführen ist auch noch, dass die E. _____-Gutachter auch Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen erhobenen Diagnosen in Bezug auf die funktionellen Auswirkungen in allen Lebensbereichen diskutierten (IV-act. 127-21/34 unten).

3.5 Bereits angesprochen wurde die Thematik, dass die Beschwerde sich hauptsächlich an den Berichten der behandelnden Ärzte orientiert. Wenn in diesem Kontext die Feststellungen der Gutachter von jenen der behandelnden Ärzte abweichen, ist hier zu beachten, dass Berichte der behandelnden Ärzte wegen deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind. Das gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, von den geklagten Schmerzen zunächst bedingungslos auszugehen (vgl. statt vieler Urteil 9C_337/2017 vom 27.10.2017 Erw. 3.3.6 mit Hinweisen). Dazu wird in der Vernehmlassung der Vorinstanz (S. 5) überzeugend (und unter Hinweis auf einen früheren Verwaltungsgerichtsentscheid, VGE I 2011 34 vom 17.5.2011 Erw. 5.1, Prot. S. 1073f.) ergänzt, dass die medizinische Behandlung dem Wohl des Patienten, dem *salus aegroti*, verpflichtet ist. Die Subjektivität des Leidens und des Krankheitserlebnisses ist für die betroffene Person grundsätzlich eine Realität, die der (behandelnde) Arzt als Therapeut nicht auf die Seite schieben kann und

soll. Wer sich subjektiv krank fühlt, ist medizinisch krank, was auch der Gesundheitsdefinition der WHO entspricht. Wer sich für arbeitsunfähig hält, muss es in dieser der Subjektivität der Patientin verpflichteten Sichtweise auch tatsächlich sein und die soziale Situation, psychosoziale und soziokulturelle Aspekte etc. spielen für die Beeinträchtigung des Wohlbefindens und die Aufrechterhaltung dieser Beeinträchtigung eine bedeutsame, häufig entscheidende Rolle. Das Sozialversicherungsrecht (und mithin auch die rechtsanwendenden Organe), namentlich jene Teile der Sozialversicherungsgesetzgebung, bei denen Renten als Ersatz für eine Arbeitsunfähigkeit bzw. Invalidität gewährt werden, betrachten den leistungsnachsuchenden Versicherten durch einen bio-psychischen Filter, der die gesamten psychosozialen Faktoren ausblendet (vgl. zum Ganzen Prof. Dr. U. Meyer, Krankheit als auslösender Begriff im Sozialversicherungsrecht, Schweiz. Ärztezeitung 2009, S. 585ff.; Brunner/ Birkhäuser, Somatoforme Schmerzstörung – Gedanken zur Rechtsprechung und deren Folgen für die Praxis, insbesondere mit Blick auf die Rentenrevision, BJM 4/2007, S. 169ff.). Der im Sozialversicherungsrecht und in der Sozialversicherungsrechtsprechung bewanderte medizinische Gutachter kennt in der Regel die objektivierte sozialversicherungsrechtliche Sicht und übernimmt diese in seine Begutachtung, während der behandelnde und über die Krankheit berichtende Arzt – durchaus nachvollziehbar und verständlich – in der Regel vom medizinischen Krankheitsbegriff (unter Einbezug der subjektiven Realität) ausgeht (vgl. auch VGE I 2008 284 vom 21.4.2009 Erw. 5.2 u. 5.3).

3.6 Im Lichte all dieser Erwägungen ist es nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung das (3.) MEDAS-Gutachten als beweiskräftig erachtet und von der Einholung eines weiteren Gutachtens abgesehen hat, zumal im Rahmen einer zulässigen antizipierten Beweiswürdigung grundsätzlich nicht mit wesentlichen neuen Erkenntnissen durch ein weiteres Gutachten zu rechnen sein wird.

3.7 An diesem dargelegten Ergebnis vermögen die weiteren Vorbringen in der Beschwerde nichts zu ändern. Soweit die Beschwerdeführerin sich schliesslich sinngemäss daran stört, dass sie von den Sachverständigen im Rahmen einer Momentaufnahme untersucht und beurteilt wurde, wird in der vorinstanzlichen Vernehmlassung (S. 5, 4. Abs.) zutreffend erläutert, welche Aspekte massgebend sind. Es kann darauf verwiesen werden. Abgesehen davon verhält es sich auch bei den jeweiligen Konsultationen in der Praxis eines behandelnden Arztes faktisch um eine Momentaufnahme, indem die (teilweise längeren Phasen) zwischen den einzelnen Konsultationen lediglich durch Angaben der Patientin (und

gegebenenfalls von Angehörigen) beschrieben werden, regelmässig aber nicht durch (externe) Beobachtungen dokumentiert sind.

4. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde als unbegründet abzuweisen. Die Verfahrenskosten gehen zu Lasten der Beschwerdeführerin. Eine Parteientschädigung fällt ausser Betracht.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie hat einen Kostenvorschuss in gleicher Höhe 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).
4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (A)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. November 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Romansch 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: 16. November 2018