

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2018 77

## Entscheid vom 18. Januar 2019

---

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 Rechtsanwalt lic.iur. B. \_\_\_\_\_,

**gegen**

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung

## **Sachverhalt:**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (geb. \_\_\_\_\_ 1960, \_\_\_\_\_, Mutter von 2 zwischenzeitlich erwachsenen Kindern) meldete sich erstmals am 28. April 1997 wegen Knieproblemen zum Bezug von IV-Leistungen an. Nach diversen Abklärungen verfügte die IV-Stelle am 25. März 1998, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde. Eine dagegen erhobene Beschwerde hat das Verwaltungsgericht mit Entscheid 37/98 vom 19. August 1998 abgewiesen (= IV-act. 41).

**B.** Nach einer IV-Anmeldung im April 2001 (IV-act. 23) veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Abklärung durch die C. \_\_\_\_\_. Im Gutachten vom 14. März 2002 wurden eine Somatisierungsstörung sowie ein chronisches fibromyalgiformes generalisiertes Schmerzsyndrom ohne patho-anatomisches Korrelat und ein chronisches zervikales Schmerzsyndrom diagnostiziert (IV-act. 30-14/23). Die Arbeitsfähigkeit in den bisher ausgeführten Tätigkeiten (früher in einer Zwirnerei, dann in einer Metallfabrik, später Montage von Telefonapparaten, zuletzt Reinigungsarbeiten, vgl. IV-act. 30-8/23) sowie in anderen körperlich leichten und mittelschweren Arbeiten wurde im C. \_\_\_\_\_-Gutachten auf 50% veranschlagt, derweil die Tätigkeit als Hausfrau als zu 80% der Norm zumutbar erachtet wurde (IV-act. 30-15/23). Die IV-Stelle gelangte mit Verfügung vom 26. November 2002 zum Ergebnis, dass (ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 80% für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten) ein IV-Grad von 28% resultiere, weshalb das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 34). Diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

**C.** Am 25. Februar 2005 ging die nächste IV-Anmeldung ein (IV-act. 40). Mit Verfügung vom 7. April 2005 ist die IV-Stelle auf das neue Leistungsbegehren nicht eingetreten (IV-act. 57). Eine damals erhobene Einsprache hat die IV-Stelle mit Entscheid vom 6. September 2005 abgewiesen (IV-act. 62).

**D.** Am 11. Februar 2010 folgte die nächste IV-Anmeldung (IV-act. 64). Die IV-Stelle verfügte am 18. November 2010, dass nach Massgabe der getroffenen Abklärungen seit der abweisenden Verfügung vom 26. November 2002 keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten und das Leistungsbegehren abzuweisen sei (IV-act. 85). Diese einen Rentenanspruch ablehnende Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

**E.** Am 3. Dezember 2013 rutschte A. \_\_\_\_\_ auf einem Plattenboden aus und stürzte auf die rechte Körperseite. Dr.med. E. \_\_\_\_\_ (Chirurgie Spital D. \_\_\_\_\_) veranlasste ein CT (Sternoclavikulargelenk beidseits) sowie ein MRT des Schultergelenks rechts. Im Bericht vom 23. Januar 2014 nannte

Dr.med. E. \_\_\_\_\_ die Diagnose einer Supra-/Infraspinatusruptur des Schultergelenks rechts und eine Kontusion des Sternoclavikulargelenks rechts. Am 18. Februar 2014 erfolgte eine Schulterarthroskopie (Supraspinatus-Refixation rechts). Vom 18. Juni 2014 bis zum 23. Juli 2014 war A. \_\_\_\_\_ in der T. \_\_\_\_\_ (Klinik) hospitalisiert (U. \_\_\_\_\_-act. 12-2/12). Am 28. Juli 2014 unterzeichnete sie erneut eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen (Eingang: 4.8.2014). Die gesundheitliche Beeinträchtigung umschrieb sie mit „Unfall“, „Muskelbruch“ (IV-act. 86-4/6, Ziff. 6.1f.).

Mit Verfügung vom 30. Dezember 2015 sprach die U. \_\_\_\_\_ (Unfallversicherung) A. \_\_\_\_\_ für die unfallbedingte Erwerbsunfähigkeit eine UVG-Invalidenrente von 30% sowie eine Integritätsentschädigung auf der Basis einer Einschränkung der Integrität von 20% zu. Dieses Ergebnis wurde im rechtskräftigen U. \_\_\_\_\_-Einspracheentscheid vom 22. August 2016 bestätigt (IV-act. 12-1ff./12).

Der zuständige RAD-Arzt Dr.med. F. \_\_\_\_\_ erachtete eine gutachterliche Prüfung (mit einer Abklärung der Fibromyalgie nach dem strukturierten Beweisverfahren) als unerlässlich (IV-act. 120-7/7). Die Notwendigkeit einer solchen Abklärung (inkl. Fragenkatalog) teilte die IV-Stelle A. \_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 3. Januar 2017 mit (IV-act. 121). Der Begutachtungsauftrag wurde der Gutachterstelle V. \_\_\_\_\_ zugestellt (vgl. IV-act. 125). Das MEDAS-Gutachten wurde am 17. Juli 2017 fertiggestellt und ging am 28. Juli 2017 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 131). In einer Stellungnahme vom 13. November 2017 empfahl der RAD-Arzt Dr.med. F. \_\_\_\_\_, auf das Resultat des interdisziplinären Gutachtens abzustellen (IV-act. 132-10/10).

**F.** Mit Vorbescheid vom 24. November 2017 kündigte die IV-Stelle an, das Leistungsbegehren werde abgewiesen (IV-act. 133). Dagegen erhob A. \_\_\_\_\_ mit Eingaben vom 14. Dezember 2017 und vom 27. Februar 2018 Einwände (IV-act. 134 und 138). Am 7. August 2018 verfügte die IV-Stelle, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde.

**G.** Gegen diese Verfügung liess A. \_\_\_\_\_ rechtzeitig am 10. September 2018 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 7. August 2018 sei dahingehend abzuändern, dass der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente zusteht.
2. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 7. August 2018 sei dahingehend abzuändern, dass der Beschwerdeführerin Eingliederungsmassnahmen zustehen (insbesondere berufliche Massnahmen).
3. Eventualiter sei die Sache in Aufhebung der angefochtenen Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 7. August 2018 zu ergänzenden Abklärungen an die Be-

schwerdegegnerin zurückzuweisen oder es seien selber ergänzende Abklärungen vorzunehmen.

4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

**H.** Mit Vernehmlassung vom 12. Oktober 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.

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; 106 V 86 Erw. 2b; 105 V 139 Erw. 1c; 98 V 166 Erw. 2). 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).

In Bezug auf Berichte behandelnder Ärzten 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; Urteil des Bundesgerichts 9C\_794/2012 vom 4.3.2013 Erw. 2.1 mit Hinweisen). 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).

**1.5.3** 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 Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind (z.B. Urteil des Bundesgerichts 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. Schliesslich sind die *ärztlichen Angaben 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 Beweismässigkeit 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 Beweismässigkeit; 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).

**2.** Zur gesundheitlichen Situation und zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten sind den vorliegenden Akten u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben zu entnehmen.

**2.1** Im Gerichtsentscheid VGE 37/98 vom 19. August 1998 (= IV-act. 41) wurde u.a. festgehalten, dass die Versicherte am 28. August 1997 ambulant im W.\_\_\_\_\_ (Spital) (Rheumaklinik) vom Oberarzt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ untersucht sowie \_\_\_\_\_ Prof. Dr.med. H.\_\_\_\_\_ vorgestellt wurde, welche in der Beurteilung festhielten, dass die (damals) 36-jährige Versicherte seit 1993 ohne vorgängiges Trauma an chronischen, belastungsabhängig stark zunehmenden Knieschmerzen litt. Neben den Kniebeschwerden wurden auch Schmerzen im Bereich der Handgelenke, der Schultern sowie des rechten Ellbogens aufgeführt. Insgesamt veranschlagten diese Fachärzte für eine leichte bis mittelschwere Arbeit eine Arbeitsfähigkeit von 100% mit der Einschränkung, dass kniebelastende Tätigkeiten zu meiden seien (wie z.B. häufiges Treppensteigen, längeres Knien, Arbeiten in der Hocke etc.; vgl. IV-act. 41-9f./14).

**2.2** Nach der nächsten IV-Anmeldung erfolgte eine interdisziplinäre Abklärung. Im Gutachten der C.\_\_\_\_\_ vom 14. März 2002 wurde als Diagnose mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit einzig eine Somatisierungsstörung aufgeführt, derweil als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (aber mit Krankheitswert) ein chronisches fibromyalgiformes generalisiertes Schmerzsyndrom ohne patho-anatomisches Korrelat sowie ein chronisches zervikales Schmerzsyndrom erwähnt wurden (IV-act. 30-14/23). Die Arbeitsfähigkeit veranschlagten die C.\_\_\_\_\_ -Gutachter für körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten auf 50% der Norm (wobei die psychiatrischen Befunde als limitierend erachtet wurden), während Haushaltarbeiten als zu 80% zumutbar beurteilt wurden (IV-act. 30-15/23). Daraus folgte die IV-Stelle in der

Verfügung vom 26. November 2002, dass der Versicherten körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten zu 80% zumutbar seien (IV-act. 34). Diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

**2.3** Bei der nächsten IV-Anmeldung vom 25. Februar 2005 stellte die IV-Stelle auf die Beurteilung des RAD-Arztes Dr.med. F. \_\_\_\_\_ ab, wonach unverändert ein generalisiertes Schmerzsyndrom ohne organisches Korrelat (Fibromyalgie/ Schmerzverarbeitungsstörung) und ohne Komorbidität, mithin kein invalidisierender Gesundheitsschaden nach Art. 8 ATSG und Randziffer 1017 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit (KSIH) bestehe (IV-act. 56), weshalb auf das neue Leistungsbegehren nicht eingetreten wurde (IV-act. 57).

**2.4** Bei der IV-Anmeldung vom 11. Februar 2010 (Eingangsdatum) umschrieb die Versicherte ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit „Schmerzen Rheuma, depressive Entwicklung, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen“ (vgl. IV-act. 64-6/8). Eine MRI-Abklärung der LWS vom 29. Mai 2009 im Spital D. \_\_\_\_\_ hatte eine linksbetonte Diskusprotrusion und links mediolaterale Diskushernie L4/5 mit Irritation der linken L5-Wurzel und möglicher Irritation der L4-Wurzel ergeben (IV-act. 69-8/8). Dr.med. I. \_\_\_\_\_ (FMH für Rheumatologie und Innere Medizin) stellte in seinem Bericht vom 16. Juli 2009 an den Hausarzt Dr.med. J. \_\_\_\_\_ die Diagnose einer Fibromyalgie (ED 2001) sowie einer Diskusprotrusion L4/5 (ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik). Eine relevante Arbeitsunfähigkeit werde durch die vorliegenden Befunde nicht begründet (IV-act. 71-20/35). Dr.med. K. \_\_\_\_\_ (Pneumologie FMH) stellte in seinem Bericht vom 4. März 2010 an den Hausarzt Dr.med. J. \_\_\_\_\_ die Diagnosen eines positionsabhängigen leichten obstruktiven Schlafapnoesyndroms (OSAS), einer persistierenden allergischen Rhinitis, eines Anstrengungsasthmas (anamnestisch) sowie bekannte Milben- und Pollensensibilisierungen. Wegen der Milbensensibilisierung sowie der Rhinitis sei die Arbeit im Reinigungsdienst nicht optimal (IV-act. 69-2/8). Der RAD-Arzt Dr.med. F. \_\_\_\_\_ fasste die getroffenen Abklärungen in einer Stellungnahme vom 5. Juli 2010 wie folgt zusammen (IV-act. 73-4/4, AB = Arztbericht; AF = Arbeitsfähigkeit; GS = Gesundheitsschaden; AUF = Arbeitsunfähigkeit; GA = Gutachten; X. \_\_\_\_\_):

Es geht um ein nun schon jahrelang dauerndes Klagen über Schmerzen, welche keinem organischen Korrelat zugeordnet werden können. Die Schmerzen sind gestützt auf GA X. \_\_\_\_\_ auch nicht Folge einer psychiatrischen Störung mit Krankheitswert.

Das obstruktive Schlafapnoesyndrom ist nur leichtgradig und schränkt die AF nicht ein. Die verordnete Inhalationsbehandlung ist zwecks Erhaltung der AF unbedingt durchzuführen (siehe AB Leser).

Es besteht eine hohe Rentenbegehrlichkeit (siehe AB I. \_\_\_\_\_). Der Rheumatologe I. \_\_\_\_\_ attestiert keine AUF.

Fazit: Kein GS ausgewiesen.

In der unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 18. November 2010 gelangte die IV-Stelle zum Ergebnis, dass keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der ablehnenden Verfügung vom 26. November 2002 eingetreten sei (IV-act. 85).

**2.5.1** Nach dem Ausrutschen und Sturz vom 3. Dezember 2013 auf die rechte Körperseite sowie der neuen IV-Anmeldung vom 28. Juli 2014 wartete die IV-Stelle das weitere Vorgehen der U. \_\_\_\_\_ (Unfallversicherung) ab (IV-act. 95). Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. Oktober 2015 stellte der U. \_\_\_\_\_-Kreisarzt med.pract. L. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Neurochirurgie) die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms Schulter rechts (Status nach Schulterarthroskopie rechts am 18.2.2014 mit Supraspinatus-Refixation wegen Sehnenruptur des M. supra- und infraspinatus rechts nach Sturzereignis am 3.12.2013, vgl. IV-act. 115-9/10). Das Zumutbarkeitsprofil bei Betrachtung der rechten Schulter reduziere sich auf leichteste bis leichte Arbeit maximal bis Lendenhöhe, wobei im Bereich der rechten oberen Extremität kaum ein Krafteinsatz sowie eine adäquate Funktionalität auch in der Hand erzielt werden könne, da bei jeglicher Bewegung Schmerzen ausgelöst würden und der rechte Arm quasi nicht eingesetzt werde (IV-act. 115-9/10).

**2.5.2** Der neue Hausarzt Dr.med. M. \_\_\_\_\_ (FMH Allgem. Innere Medizin) berichtete am 8. Februar 2016 der IV-Stelle u.a., es bestehe seitens der verunfallten Schulter rechts nach Sturzereignis am 3. Dezember 2013 (trotz wiederholten Rehabilitationsversuchen) ein persistierendes chronisches Schmerzsyndrom. Zu den Schulterschmerzen rechts würden sich auch Schulterschmerzen links, Nackenbeschwerden und z.T. Beschwerden im Bereich der unteren Extremitäten gesellen, welche am ehesten im Rahmen der Fibromyalgie zuzuordnen seien. Ab 1. Dezember 2015 werde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Hauptdiagnose Fibromyalgie, vgl. IV-act. 115-2/10).

**2.5.3** Das von der IV-Stelle veranlasste MEDAS-Gutachten wurde von der ausgelosten Gutachterstelle am 17. Juli 2017 erstattet. Es basiert auf Untersuchungen vom 10. April 2017 bei Dr.med. N. \_\_\_\_\_ (FMH allg. Innere Medizin), vom 11. April 2017 bei Dr.med. O. \_\_\_\_\_ (FMH orthopädische Chirurgie), vom 11. Mai 2017 bei Dr.med. P. \_\_\_\_\_ (FMH Psychiatrie & Psychotherapie) und vom 3. Juli 2017 bei Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ (FMH Rheumatologie). Die Gutachter stellten folgende zusammenfassenden Diagnosen (IV-act. 131-79/87):

### **Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Residuelles Schmerzsyndrom Schulter rechts bei
  - Status nach Sturz mit Schulterkontusion rechts am 03.12.2013
  - Status nach Schulterarthroskopie rechts und Rotatorenmanschettenre-fixation (Mini-open) am 18.02.2014, Spital D. \_\_\_\_\_
2. Lumbospondylogenes Syndrom bei Diskusprotrusion L4/5 (MRI 24.05.2009)
3. Chronisches cervicales Syndrom bei
  - multisegmentalen degenerativen Veränderungen
  - ohne eindeutige Neurokompression

### **Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit**

4. Status nach Kniearthroskopie rechts, Meniskusglättung antero-lateral, Knorpelshaving am lateralen Tibiaplateau und retropatellär am 02.10.1995, Dr. S. \_\_\_\_\_, Regionalspital D. \_\_\_\_\_
5. Status nach Kniearthroskopie rechts, Laserdébridement VKB und Laser Chondroplastie retropatellär rechts am 03.02.1997, PD Dr. Y. \_\_\_\_\_, Regionalspital D. \_\_\_\_\_
6. Fibromyalgie-Syndrom gemäss ACR-Kriterien 2010
  - WPI-Index 19/19 und SSS 6/12
7. Ausgeprägte Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung mit pseudoneurologischen Befunden, variablen Bewegungsausmassen und positiven Waddel-Zeichen, nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend.
8. Klinisch beginnende Fingerpolyarthrosen
9. Klinisch SC-Gelenksarthrose rechts
10. Muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits (Trapezius)
11. Ansatztendinotische Beschwerden am medialen Beckenkamm links mehr als rechts (SIPS)
12. Beginnender Hallux valgus links
  - Vorfusschmerzen rechts unklarer Ursache, klinisch keine Hinweise auf lokales entzündliches Geschehen, DD mechanisch

**2.5.4** Zur Arbeitsfähigkeit äusserten sich die Gutachter wie folgt (IV-act. 131-81ff./87):

Herr Dr.med. O. \_\_\_\_\_, FMH für orthopädische Chirurgie in AA. \_\_\_\_\_, hat die Versicherte spezialärztlich beurteilt.

Subjektiv gibt die Versicherte massivste Schmerzen insbesondere im Bereiche der rechten Schulter an und präsentiert heute eine praktisch vollends aufgehobene Funktion der rechten Schulter.

Diesen subjektiven, seit über drei Jahren bestehenden Beschwerden stehen fehlende Schonungszeichen im Bereiche der rechten oberen Extremität entgegen, was aus orthopädischer Sicht nicht in Einklang miteinander gebracht werden kann.

Auch wenn das postoperativ durchgeführte Arthro-MRI der rechten Schulter nicht mehr eine vollends intakte, respektive rekonstruierte Rotatorenmanschettensehnenplatte zeigte, was übrigens gemäss Literatur in über 50% der Rotatorenmanschettenrekonstruktionen der Fall ist, sind die subjektiv angegebenen Beschwerden hierdurch allein nicht erklärbar

Aufgrund der Tatsache, dass die subjektiv angegebenen, massiven Schulterbeschwerden rechtsseitig in grossem Kontrast stehen zu den fehlenden Schonungszeichen, muss aus rein orthopädischer Sicht medizinisch-theoretisch davon ausgegangen werden, dass zumindest leichte und intermittierend mittelschwere Tätigkeiten der Versicherten zumutbar sind und dies retrospektiv spätestens ein Jahr nach Schulteroperation vom 18.02.2014.

Die psychiatrische Evaluation führte Herr Dr.med. P.\_\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie & Psychotherapie in Z.\_\_\_\_\_, durch.

Es lassen sich keine relevanten Funktionseinschränkungen nennen. Aus rein psychiatrischer Sicht kann keine Krankheit mit Krankheitswert diagnostiziert werden. Aus diesem Grund lässt sich aus rein psychiatrischer Sicht auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit oder eine Verminderung der Leistungsfähigkeit begründen, weder in der zuletzt ausgeübten, noch in einer adaptierten Tätigkeit. Bei einer allfälligen Stellensuche ist die Versicherte jedoch beeinträchtigt aufgrund der fehlenden Berufsausbildung und der mangelnden Deutschkenntnisse: Dabei handelt es sich jedoch nicht um medizinische Faktoren. Eine Psychotherapie oder eine psychopharmakologische Behandlung sind als nicht indiziert zu betrachten.

Herr Dr.med. Q.\_\_\_\_\_, FMH für Rheumatologie in AA.\_\_\_\_\_, hat die Versicherte spezialärztlich untersucht.

Wiederum ohne Berücksichtigung der Schulterbeschwerden rechts und der Kniegelenksbeschwerden (siehe orthopädisches Fachgutachten, respektive Schlussgutachten) besteht, in Übereinstimmung mit der Beurteilung des rheumatologischen Vorgutachters, Dr.med. R.\_\_\_\_\_, gemäss dessen Beurteilung vom 07.02.2002, aus rein rheumatologischer Sicht, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wobei aktuell diese Aussage für alle körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeiten gilt. Aufgrund der oben aufgeführten weiteren Diagnosen, sind der Versicherten, aus rheumatologischer Sicht, keine körperlichen Schwerarbeiten und keine ständig mittelschweren Tätigkeiten zumutbar, sie hat aber, gemäss Beschreibung, nie derartige Tätigkeiten ausgeübt.

Diese Beurteilung gilt sinngemäss weiterhin seit der Begutachtung im Jahr 2002. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit und für jede andere leichte bis intermittierend mittelschwere, vorzugsweise wechselbelastende Tätigkeit.

**Gesamtmedizinisch** ist somit festzuhalten, dass aufgrund der Tatsache, dass die subjektiv angegebenen, massiven Schulterbeschwerden rechtsseitig in grossem Kontrast stehen zu den fehlenden Schonungszeichen, aus unserer Sicht medizinisch-theoretisch davon ausgegangen werden muss, dass zumindest leichte und intermittierend mittelschwere Tätigkeiten der Versicherten zumutbar sind und dies retrospektiv spätestens ein Jahr nach Schulteroperation vom 18.02.2014.

Diese Einschätzung ist durch alle involvierten Gutachter im Rahmen einer Konsensbesprechung gemeinsam erfolgt.

**2.6** Der RAD-Arzt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ nahm am 13. November 2017 Stellung zum MEDAS-Gutachten vom 17. Juli 2017 und wies zum einen darauf hin, dass gewisse, eher leichtgradig ausgeprägte Schäden am Bewegungsapparat (Schulter rechts, LWS und HWS, weniger auch am Knie rechts und an den Fingern und Zehen) bestünden. Zum andern hob er hervor, dass die gutachtliche Untersuchung multiple Inkonsistenzen ergeben habe. So führe der orthopädische Gutachter aus (Hervorhebung durch den RAD-Arzt, vgl. IV-act. 132-9/10):

Bei der heutigen klinischen Untersuchung fanden sich diverse Inkonsistenzen wie oben bereits aufgeführt. Auffallend waren vor allem die diversen, nicht reproduzierbaren Druckdolenzen an praktisch allen Körperpartien, weiter die demonstrierte Beweglichkeitseinschränkung der LWS stehend, welche im Rahmen des Langsitzes aufgegeben werden konnte. Am erstaunlichsten waren die Erhebungen hin-

sichtlich der rechten Schulter, welche heute bei der expliziten Untersuchung überhaupt nicht eingesetzt wurde bei gemäss heutigen Aussagen der Versicherten konstanten, absolut unveränderten Schmerzen seit dem Unfall, respektive der Schulteroperation vor rund drei Jahren, wobei sich heute, wie oben detailliert aufgeführt, keinerlei Schonungszeichen im Bereiche der rechten oberen Extremität finden liessen, was überhaupt nicht in Einklang gebracht werden kann mit den Erfahrungen aus dem orthopädischen Alltag. Diese Beobachtungen wurden übrigens auch schon im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchungen der U.\_\_\_\_\_ (Unfallversicherung) vom 23.02. und 21.10.2015 aufgeführt, schon damals erstaunten die fehlenden Schonungszeichen im Bereiche der rechten oberen Extremität.

Aus orthopädischer Sicht erstaunt heute, dass trotz von der Versicherten angegebenen, subjektiv enormen Schulterbeschwerden rechtsseitig sie bisher nicht bereit war, beispielsweise eine Schulterinfiltration rechts durchführen zu lassen. Weiter erstaunt, dass die bisher versuchten therapeutischen Verfahren trotz angeblich massiver Beschwerden überhaupt nicht griffen und es der Versicherten auch gänzlich zu fehlen scheint, eigene Strategien zur Beschwerdelinderung zu entwickeln. Auch eine sachliche Diskussion über alternative berufliche Tätigkeiten scheint unmöglich. Während der Anamneseerhebung wurde man schliesslich den Eindruck nicht los, dass relativ wenig Leidensdruck besteht trotz dramatisch geschilderter Beschwerden, die Versicherte meinte immer wieder gequält lachend zur Dolmetscherin, dass sie derart Schmerzen habe und niemand ihr helfen könne. (...)

**3.1** Im konkreten Fall ist im Einklang mit dem RAD-Arzt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ nach einer Würdigung der medizinischen Akten davon auszugehen, dass eine bestimmte Beeinträchtigung namentlich hinsichtlich der rechten Schulter vorliegt. Allerdings sind auch die im Gutachten sowie vom RAD-Arzt hervorgehobenen Inkonsistenzen besonders zu beachten, auf welche die beanwaltete Beschwerdeführerin vor Gericht auch nicht ansatzweise, geschweige denn substantiiert eingegangen ist. Sie bestreitet zum einen nicht, dass sie gegenüber den Gutachtern schilderte, sie könne den rechten Arm schmerzbedingt gar nicht benutzen (IV-act. 131-43/87 unten; IV-act. 131-77/87 oben). Zum andern stellt sie nicht in Frage, dass die klinischen Befunde ein erstaunlich symmetrisches Schulterprofil ohne Hinweise für eine relevante Muskelatrophie oder Muskelasymmetrie ergaben (IV-act. 131-44/87). Eine Antwort auf die Frage, weshalb trotz des geltend gemachten, seit der Schulterverletzung (3.12.2013) bzw. Schulterarthroskopie (18.2.2014) andauernden „Nicht-Gebrauchs des rechten Arms“ keine Schonungszeichen festgestellt werden konnten (vgl. IV-act. 131-45/87 unten betreffend Ergebnisse der ausgemessenen Trophik der Ober- und Unterarmmuskulatur mit symmetrischer Handmuskulatur), bleibt die Beschwerdeführerin schuldig. Sodann äusserte sie sich nicht zum Untersuchungsergebnis, wonach sich die Beschwielung der beiden Hände symmetrisch präsentierte (vgl. IV-act. 131-45/87 unten), was bei einem „echten Nichtgebrauch der rechten Hand“ offenkundig (im Vergleich zur linken Handfläche) anders ausgefallen wäre.

Zudem hat die Beschwerdeführerin einen weiteren Widerspruch zu Unrecht ausgeblendet. Bei der orthopädischen Untersuchung konnte die Versicherte die LWS-Inklination stehend unter Schmerzangaben tief-lumbal links lediglich minimal durchführen, derweil der Langsitz auf der Untersuchungsfläche hingegen problemlos möglich war (vgl. IV-act. 131-51/87 Mitte).

Zu diesen dargelegten Inkonsistenzen kommt hinzu, dass die von der Versicherten im Bereich der gesamten Wirbelsäule angeführten Klopf-, Druck- sowie teilweise Berührungsdolenzen grundsätzlich nicht reproduzierbar waren, insbesondere unter Ablenkung im Gespräch mit der Dolmetscherin (vgl. IV-act. 131-51/87). Soweit aber die Versicherte im Verlauf der Untersuchung unter Ablenkung abweichende (Schmerz)Angaben zum gleichen Körperteil präsentierte, wird dadurch die Glaubwürdigkeit der geltend gemachten Beschwerden in Frage gestellt.

**3.2** Des Weiteren verhält es sich so, dass das vorliegende MEDAS-Gutachten in Kenntnis der IV-Akten erstellt wurde (vgl. die Auflistung im Gutachten, IV-act. 131-9/87 bis 131-31/87; 131-46/87 bis 131-49/87). Es basiert auf umfangreichen anamnestischen Erhebungen, welche die einzelnen Gutachter vorgenommen haben (IV-act. 131-32/87 bis 131-34/87; 131-42/87 bis 131-44/87; 131-55/87 bis 131-58/87). Es enthält eine umfassende Darstellung der geklagten Beschwerden, jeweils aufgezeichnet an den fachärztlichen Untersuchungen an verschiedenen Tagen (IV-act. 131-34/87; 131-42/87 bis 131-44/87; 131-55f./87). Es werden die erhobenen Befunde in den jeweiligen Fachrichtungen im Einzelnen aufgeführt und die Schlussfolgerungen/ Beurteilungen detailliert kommentiert. Das vorliegende MEDAS-Gutachten erweist sich für die streitigen Belange als umfassend und beruht auf allseitigen Untersuchungen. Nachdem es in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und die Ergebnisse der Fachärzte als schlüssig zu beurteilen sind, erfüllt es grundsätzlich alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. vorstehend Erw. 1.5.3).

**3.3** An diesem Zwischenergebnis vermögen die Vorbringen der Versicherten vor Gericht nichts zu ändern. Soweit in der Beschwerde (S. 8, Ziff. 27) vorgebracht wird, gemäss U. \_\_\_\_\_-Kreisarzt pract.med. L. \_\_\_\_\_ sei ein ausgeprägtes Funktionsdefizit mit chronischem Schmerz im Bereich der rechten Schulter objektiviert worden, wird übersehen, dass diese Einschätzung den Stand anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. Oktober 2015 wiedergibt (vgl. IV-act. 115-9/10). Abgesehen davon hielt der Kreisarzt damals fest, dass er die Versicherte aufgrund der geltend gemachten Schmerzen „nur sehr eingeschränkt“ untersuchen konnte (IV-act. 115-8/10). Dass bei den

gutachtlichen Untersuchungen rund 1 ½ Jahre später (10.4.2017 bis 3.7.2017, IV-act. 131-7/87) die vorgenannten Inkonsistenzen festgestellt wurden, konnte der U.\_\_\_\_\_ -Kreisarzt damals nicht in gleicher Ausprägung prognostisch für den weiteren Verlauf erkennen. In diesem Sinne ist grundsätzlich davon auszugehen, dass der U.\_\_\_\_\_ -Kreisarzt in Kenntnis aller aktuell vorliegenden Untersuchungsergebnisse und Unterlagen kaum mehr länger an seiner damaligen Einschätzung festhalten würde.

Was die Auswirkungen der Fibromyalgieproblematik anbelangt, verhält es sich so, dass ein chronisches fibromyalgiformes generalisiertes Schmerzsyndrom bereits im C.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 14. März 2002 festgestellt wurde (vgl. IV-act. 30-14/23), indes wurde dieses Schmerzsyndrom mit rechtskräftiger Verfügung vom 26. November 2002 nicht als rentenbegründend bzw. rentenrelevant beurteilt (IV-act. 34). Dies deckt sich auch mit der Tatsache, dass die Versicherte bis zum Unfall vom 3. Dezember 2013 einer Arbeit nachging, wie die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (S. 4 oben, unter Verweis auf IV-act. 131-33 /87 und 131-70/87) zutreffend hervorgehoben hat. Sodann hielt der begutachtende Rheumatologe Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ ausdrücklich fest, dass die von der Versicherten beschriebenen Beschwerden wie auch die klinischen Untersuchungsbefunde sich gegenüber den Angaben im rheumatologischen Vorgutachten vom 7. Februar 2002 (Dr.med. R.\_\_\_\_\_ ) kaum verändert haben (vgl. IV-act. 131-76/87). Mithin liegt diesbezüglich keine relevante Veränderung vor, welche eine andere Beurteilung erheischen würde.

Soweit in der Beschwerde (Ziff. 29) dem begutachtenden Orthopäden vorgeworfen wird, dass er sich gegenüber der Versicherten „herablassend“ verhalten und sie sogar zum Weinen gebracht habe, trifft es nach der Aktenlage zu, dass die Versicherte bei der orthopädischen Untersuchung geweint hat. Dies wurde im Gutachten ausdrücklich vermerkt, allerdings im Kontext mit Ausführungen zum Widerspruch zwischen der geltend gemachten, praktisch vollständigen Funktionslosigkeit des rechten Armes und der weitgehend fehlenden Atrophie der Rotatorenmanschettenmuskeln. Im Rahmen dieser Diskrepanz zwischen subjektiven Beschwerden und objektivierbaren Befunden stellte der Gutachter der Versicherten die Frage, weshalb sie seit Monaten eine ambulante Physiotherapie absolviere, obwohl nach ihren Angaben kein positiver Effekt resultiere, worauf die Versicherte zu weinen begonnen habe (vgl. IV-act. 131-44/87 oben). Auch wenn der Gutachter an dieser Stelle die Versicherte mit für sie ungünstigen Aspekten konfrontierte (welche die Glaubwürdigkeit ihrer Angaben tangieren), ist darin kein Umstand zu erblicken, welcher als ausstandsbegründend zu qualifizieren wäre bzw. welcher das orthopädische Teilgutachten als unbrauchbar werden liesse. Nachdem dieses Teilgutachten

grundsätzlich neutral und sachlich abgefasst ist, reichen die in der Beschwerde vorgebrachten Einwände gegen diesen Sachverständigen nicht aus, um hier auf den Anschein von Befangenheit zu schliessen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 1P.431/2002 vom 6.11.2002 Erw. 2.6.2 und BGE 132 V 110 Erw. 7.2.2). Vielmehr muss es einem Sachverständigen ohne weiteres möglich sein, die zu untersuchende Person mit allfälligen Inkonsistenzen zu konfrontieren.

Entgegen der Argumentation der Beschwerdeführerin ist es im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht geboten, ein zusätzliches polydisziplinäres Gutachten einzuholen. Ein weiteres Gutachten lässt sich zum einen nicht mit der Kritik am psychiatrischen Teilgutachten begründen. Wie in der vorinstanzlichen Vernehmlassung (Ziff. 7) überzeugend ausgeführt wurde, konnte der psychiatrische Gutachter keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erheben. Die Befunde waren bland und es waren keine psychiatrischen Auffälligkeiten ersichtlich (vgl. IV-act. 191-55ff./87; 131-82/87). Zu beachten ist dabei namentlich, dass die Versicherte nie in psychiatrischer Behandlung war und auch keine Psychopharmaka einnimmt (vgl. IV-act. 131-58/87). Vielmehr äusserte die Versicherte gegenüber dem Gutachter Dr.med. N.\_\_\_\_\_ (FMH allg. Innere Medizin) ausdrücklich, es gehe ihr psychisch gut (vgl. IV-act. 131-34/87 Mitte, wobei sie spontan und wiederholt ausführte, dass sie durch die Schmerzen „nicht heruntergezogen werde, sie habe eine gute Moral“). Abgesehen davon macht die Beschwerdeführerin vor Gericht weder geltend, dass sie zwischenzeitlich psychiatrische Unterstützung benötige, noch dass ihr Psychopharmaka verschrieben worden seien (von wem?), welche sie auch effektiv einnehme (seit wann?).

Sodann wurde im psychiatrischen Teilgutachten nachvollziehbar dargelegt, weshalb die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden konnte. Es kann diesbezüglich auf die überzeugenden Ausführungen unter Ziffer 7 der Vernehmlassung verwiesen werden (mit Verweis auf IV-act. 131-60/87, wonach Mimik und Gestik während der aktuellen Untersuchung kein Schmerz-erleben anzeigten). Hinzu kommt, dass mit dem Begutachtungsauftrag auch ein Fragenkatalog übermittelt wurde, welcher insbesondere auch die vom Bundesgericht formulierten Standardindikatoren enthält (IV-act. 122). Zu diesen Indikatoren wurde unter Ziffer 8 der vorinstanzlichen Vernehmlassung einleuchtend ergänzt, dass hinsichtlich des sozialen Kontextes nichts festgestellt wurde, was gegen die Umsetzbarkeit der für adaptierte Tätigkeiten verbliebenen Arbeitsfähigkeit sprechen würde, zumal die Versicherte über einen geregelten Tagesablauf verfüge und Essenszubereitung/ Einkäufe etc. gemeinsam mit dem Ehemann erledige. Des Weiteren sprach die Versicherte von einer guten Beziehung zum Ehemann sowie zu den erwachsenen Kindern und erwähnte,

viele Freundinnen zu haben (IV-act. 131-57/87 unten). Bei der Indikatorenprüfung fallen zu Ungunsten der Beschwerdeführerin massgeblich die oben angeführten Inkonsistenzen ins Gewicht. Auffällig ist aber auch, dass die Versicherte trotz geltend gemachter vollständiger Gebrauchsunfähigkeit der rechten oberen Extremität bislang nicht bereit war, die vorgeschlagene Schulterinfiltration durchführen zu lassen (IV-act. 131-52/87), woraus die Vorinstanz zutreffend einen fehlenden relevanten Leidensdruck folgerte. In diesem Zusammenhang hat die Versicherte nicht alle zumutbaren Behandlungsoptionen ausgeschöpft (IV-act. 131-53/87 unten).

Zum andern ist im Rahmen einer antizipierten Beweiswürdigung nicht damit zu rechnen, dass durch ein weiteres Gutachten wesentliche neue Erkenntnisse resultieren würden. Dies gilt erst recht, als abgesehen von den dargelegten Ausführungen zu den festgestellten Inkonsistenzen sämtliche Waddell-Zeichen positiv ausfielen (IV-act. 131-77/87, 1. Abs. in fine). Diesbezüglich hat die Vorinstanz die Frage offen gelassen, ob das präsentierte Beschwerdebild im Rahmen sämtlicher Teiluntersuchungen und Erfüllung sämtlicher Waddell-Zeichen hinsichtlich der Indikatorenprüfung als Ausschlussgrund zu werten wäre (vgl. vorinstanzliche Vernehmlassung, S. 5, Ziff. 8 in fine; hinsichtlich der Ausschlussgründe siehe auch Anhang zum IV-Rundschreiben Nr. 334, mit Verweis auf BGE 131 V 49).

**3.4** Im Lichte dieser dargelegten Aspekte ist im Einklang mit dem vorinstanzlichen Ergebnis in der angefochtenen Verfügung festzuhalten, dass hinsichtlich des Unfalls vom 6. Dezember 2013 im Vergleich zur Verfügung vom 18. November 2011 lediglich von einer befristeten Verschlechterung auszugehen ist, welche ab Frühjahr 2015 (rund 1 Jahr nach der Schulterarthroskopie vom 18.2.2014) behoben war bzw. seither wieder der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gemäss der ursprünglichen Verfügung vom 26. November 2002 entspricht. Mithin ist es nicht zu beanstanden, dass in der vorliegenden Verfügung die Vorinstanz ab Frühjahr 2015 wieder die ursprüngliche, den damaligen Abklärungen entsprechende Arbeitsfähigkeit von 80% für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten als massgebend übernommen hat.

**4.1** Was die erwerblichen Auswirkungen des dargelegten Arbeitsfähigkeitsgrades anbelangt, beruft sich die Beschwerdeführerin auf ein Valideneinkommen per 2015 von jährlich Fr. 54'432.-- (vgl. Beschwerde, Ziff. 34). Demgegenüber berücksichtigte die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung ein Valideneinkommen von Fr. 54'517.-- per 2016, was einer geringfügigen Erhöhung (im Vergleich zu 2015) entspricht. Welches der beiden Valideneinkommen zu über-

nehmen wäre, kann hier offen bleiben, da es für den Ausgang des Beschwerdeverfahrens nicht ausschlaggebend ist (siehe nachfolgend).

**4.2.1** In der Beschwerde (S. 11) wird im Hinblick auf das massgebende Invalideneinkommen anhand der schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE 2014/ gesamter privater Sektor, Frauenlöhne für einfache Tätigkeiten der Kategorie 1, umgerechnet auf eine betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 h/Woche sowie angepasst an die Lohnentwicklung von 0.4% per 2015) von einem durchschnittlichen Jahreslohn von Fr. 54'008.-- ausgegangen, welcher sich bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% auf Fr. 43'206.-- ( $54'008 \times 0.80$ ) reduziert. Dieser in der Beschwerdeschrift berechnete Ausgangswert (per 2015) weicht nur unwesentlich von der Berechnung der Vorinstanz ab, welche bei einer Arbeitsfähigkeit von 80% von Fr. 43'613.60 (per 2016, noch ohne leidensbedingten Abzug) ausgegangen ist (Differenz Fr. 407.60, noch ohne Bereinigung der unterschiedlichen Jahre 2015 bzw. 2016). Für die anrechenbaren Einschränkungen und Beeinträchtigungen berücksichtigte die Vorinstanz einen leidensbedingten Abzug von 10%, derweil die Beschwerdeführerin den maximal möglichen Abzug von 25% beansprucht.

**4.2.2** Praxisgemäss kann von dem anhand von LSE-Tabellenlöhnen ermittelten Invalideneinkommen unter bestimmten Voraussetzungen ein leidensbedingter Abzug vorgenommen werden. Dieser soll persönlichen und beruflichen Umständen (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/ Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) Rechnung tragen, welche negative Auswirkungen auf die Lohnhöhe der gesundheitlich beeinträchtigten Person haben können. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_926/2015 vom 11.4.2016 Erw. 3.3.2 mit Hinweis).

**4.2.3** Die Vorinstanz hat im Hinblick auf eine Arbeitsfähigkeit von 80% für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten einen leidensbedingten Abzug von 10% gewährt, ohne in der angefochtenen Verfügung weiter auszuführen, welche konkreten Aspekte damit abgedeckt würden. In der Beschwerde (S. 11) wird ein Abzug von 25% gefordert mit der sinngemässen Begründung, dass bereits die U. \_\_\_\_\_ (Unfallversicherung) von 25% ausgegangen sei und das Zumutbarkeitsprofil hinsichtlich der rechten Schulter sich auf leichteste bis leichte Arbeiten bis zur Lendenhöhe beschränkte, da im Bereich der rechten oberen Extremität kaum ein Krafteinsatz sowie keine adäquate Funktionalität in der Hand erzielt werden könne, mit anderen Worten der rechte Arm quasi (schmerzbedingt) nicht einsetzbar sei.

Einer solchen Argumentation könnte allenfalls dann beigeplichtet werden, wenn keinerlei Inkonsistenzen ersichtlich wären. Indes wurde bereits ausführlich dargelegt, dass die geltend gemachte Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand im Widerspruch zu den gutachtlichen Untersuchungsbefunden steht (welche keinerlei Schonungszeichen im Bereich der rechten oberen Extremität ergaben, symmetrische Muskeltrophik, symmetrische Handbeschwellung etc.). In Anbetracht dieser Widersprüche, welche vor Gericht nicht schlüssig entkräftet wurden, fällt es zum Vornherein ausser Betracht, der Versicherten bei der Evaluierung des massgebenden Invalideneinkommens den maximal möglichen Abzug von 25% zuzugestehen. Selbst wenn man der Versicherten einen höheren Abzug von (höchstens) 20% gewähren würde, was indes fraglich wäre, bliebe es dabei, dass kein rentenbegründender IV-Grad von mindestens 40% bestünde. Denn diesfalls würde (den Berechnungen der Beschwerdeführerin folgend) das Invalideneinkommen grundsätzlich Fr. 34'564.80 ( $43'206 \times 0.80$ ) betragen, was verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 54'432.-- (gemäss Beschwerdeschrift) letztlich einen IV-Grad von 36.49% ( $54'432 \text{ minus } 34'564.80 = 19'867.20; 19'867.20 : 54'432 \times 100$ ) ergäbe. Abgesehen davon ist die Festlegung des leidensbedingten Abzugs eine typische Ermessensfrage. Indem die Vorinstanz im konkreten Fall nicht den maximal möglichen Abzug in Betracht zog, hat sie den ihr in solchen Fragen zustehenden Ermessensspielraum nicht überschritten.

**4.3** Zusammenfassend hat es die Vorinstanz zu Recht abgelehnt, eine IV-Rente auszurichten.

**5.1** Zu prüfen bleibt noch das Rechtsbegehren Ziffer 2, wonach der Versicherten Eingliederungsmassnahmen zustehen würden. Dazu führte die Vorinstanz in Ziffer 10 ihrer Vernehmlassung aus, in der angefochtenen Verfügung sei dazu nichts explizit enthalten. Aufgrund der subjektiven Überzeugung, zu keiner Tätigkeit mehr fähig zu sein (IV-act. 131-58/87 unten; IV-act. 131-67/87 oben; IV-act. 115-8/10 5. Abs.), seien Eingliederungsmassnahmen derzeit nicht erfolgsversprechend. Wenn sich die subjektive Überzeugung der Arbeitsunfähigkeit ändere, sei die IV-Stelle grundsätzlich bereit, Unterstützung mittels beruflicher Massnahmen zu bieten bzw. entsprechende Unterstützungsmassnahmen zu prüfen.

**5.2** Diese Vorgehensweise der Vorinstanz gibt keinen Anlass zur Beanstandung. Solange die Versicherte daran festhält, dass entgegen der in der angefochtenen Verfügung berücksichtigten Arbeitsfähigkeit von 80% für adaptierte Tätigkeiten keine verwertbare Arbeitsfähigkeit vorliege, erweisen sich berufliche Eingliederungsmassnahmen als wenig sinnvoll. Sobald die

Beschwerdeführerin gegenüber der Vorinstanz die Erklärung abgegeben hat, an entsprechenden Massnahmen zur Eingliederung aktiv und uneingeschränkt mitzuwirken, wird die Vorinstanz solche Massnahmen näher zu prüfen und darüber zu befinden haben. Anzuführen ist, dass ein Anspruch auf Integrationsmassnahmen nach Art. 14a IVG ausser Betracht fällt, da es einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% gebricht, wie in der vorinstanzlichen Vernehmlassung (S. 6, Ziff. 10 in fine) zutreffend dargelegt wurde.

**6.** Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet. Die Verfahrenskosten werden dementsprechend der Beschwerdeführerin auferlegt.

## **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen 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. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
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] 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).
5. Zustellung an:
  - den Vertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
  - die Vorinstanz (A)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern (A).

Schwyz, 18. Januar 2019

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: 30. Januar 2019