

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2019 26

Entscheid vom 8. August 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 (Rente / unentgeltliche Verbeiständung
im Verwaltungsverfahren)

Sachverhalt:

A. A. _____ (geb. _____ 1970, _____, Mutter von vier zwischenzeitlich erwachsenen Kindern _____) unterzeichnete am 19. Januar 2007 (damals mit Wohnsitz in C. _____ SZ) eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen. Die gesundheitlichen Probleme wurden mit Migräne und sehr starken Kopfschmerzen umschrieben (IV-act. 1-6/8). Nach Abklärungen kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 22. August 2007 an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 9). Dagegen opponierte A. _____ in einer Eingabe vom 3. September 2007 (IV-act. 11). Daraufhin veranlasste die IV-Stelle ein interdisziplinäres Gutachten, welches von der MEDAS D. _____ am 28. November 2007 erstattet wurde (IV-act. 20-4ff./91). Mit Verfügung vom 19. Februar 2008 hielt die IV-Stelle daran fest, dass das Gesuch um eine IV-Rente abzuweisen sei (IV-act. 25). Dagegen beschwerte sich A. _____ beim Verwaltungsgericht. Mit Entscheid I 2008 52 vom 15. April 2008 ist der Verwaltungsgerichtspräsident auf die innert angesetzter Frist nicht verbesserte Beschwerde (fehlende Unterschrift) nicht eingetreten (IV-act. 32).

B. Am 13. Mai 2008 kollabierte A. _____ als Betriebsmitarbeiterin der M. _____ AG und schlug sich dabei das rechte Knie an. Gleichentags wurde im Spital N. _____ eine Kniekontusion rechts diagnostiziert und das rechte Knie mit einer Klettschiene ruhiggestellt. Am 26. Juni 2008 wurde im Spital N. _____ eine Kniearthroskopie mit medialer Teilmeniskektomie des rechten Hinterhorns durchgeführt. In der Folge stürzte A. _____ weitere Male. Am 1. Februar 2010 wurde am rechten Knie arthroskopisch das gerissene vordere Kreuzband (VKB) rekonstruiert sowie eine mediale Teilmeniskektomie und eine laterale Meniskusnaht vorgenommen. Am 8. Juli 2011 erfolgte ein Vorbereitungseingriff (Bohrlochauffüllung femoral und tibial) für eine erneute Rekonstruktion des VKB rechts, wobei es postoperativ zu einem Tibiaplateaeinbruch kam, welche Fraktur am 11. Juli 2011 mittels Plattenosteosynthese stabilisiert werden musste. Am 6. Februar 2012 erfolgte schliesslich die Re-Rekonstruktion des VKB, verbunden mit der Metallentfernung und einer weiteren Teilmeniskektomie medial. Im Rahmen dieser Eingriffe kam es zu drei Aufenthalten in der Reha-Klinik V. _____ (24.9. - 28.10.2010; 21.7. - 16.8.2011 und 20.6. - 12.7.2012, UV-act. 22-2/15).

C. In der Zwischenzeit hatte sich A. _____ am 7. Juli 2009 (immer noch mit Wohnsitz in C. _____) erneut bei der IV-Stelle angemeldet (IV-act. 37-8/10). Am 28. August 2009 fand ein Abklärungsgespräch statt (vgl. IV-act. 46). Am 11. September 2009 teilte die IV-Stelle mit, dass Beratung und Unterstützung bei der

Stellensuche gewährt werde (vgl. IV-act. 48). Das von A. _____ zweimal verschobene Abklärungsgespräch für eine berufliche Eingliederung fand am 21. Dezember 2009 statt; dabei erwähnte sie u.a., eine leichte wechselbelastende Arbeit im Umfang von rund 50% zu suchen. Am 28. Januar 2010 teilte A. _____ mit, dass sie am 1. Februar 2010 im Spital X. _____ am Knie operiert werde (IV-act. 56). Am 8. Juli 2010 bescheinigte Dr.med. E. _____, dass A. _____ aktuell vollständig arbeitsunfähig sei (IV-act. 58). In der Folge wartete die IV-Stelle den weiteren Verlauf des Unfallversicherung-Verfahrens ab. Ende Mai 2012 verlegte A. _____ ihren Wohnsitz nach AB. _____ (IV-act. 80).

D. Am 9. Oktober 2012 nahm _____ Dr.med. F. _____ eine Abschlussuntersuchung vor. Gestützt auf seine Zumutbarkeitsbeurteilung und Schätzung des Integritätsschadens sprach die Unfallversicherung mit Verfügung vom 27. Februar 2013 für die verbliebene Beeinträchtigung aus dem Unfall vom 13. Mai 2008 eine Integritätsentschädigung von insgesamt 30% zu, während ein Anspruch auf eine UVG-Invalidenrente verneint wurde (UV-act. 22-2/15). In der Folge anerkannte die Unfallversicherung das Vorliegen eines Rückfalles, worauf sie Kostengutsprache für weitere Behandlungen erteilte. Gestützt auf eine erneute ärztliche Beurteilung durch Dr.med. F. _____ wies die Unfallversicherung mit Entscheid vom 8. Oktober 2013 die gegen die Verfügung vom 27. Februar 2013 erhobene Einsprache ab. Mit einer weiteren Verfügung und einem Einspracheentscheid vom 27. November 2013 lehnte die Unfallversicherung es ab, weitere Leistungen ab dem 1. Oktober 2013 zu gewähren (vgl. UV-act. 22-3/15). Eine dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Sozialversicherungsgericht des Kantons AB. _____ mit Urteil vom 13. August 2015 abgewiesen, soweit es darauf einzutreten hatte (UV-act. 22-14/15).

E. Nach Kenntnisnahme des vom Sozialversicherungsgericht des Kantons AB. _____ getroffenen Entscheides erkundigte sich die IV-Stelle Schwyz mit Schreiben vom 3. Dezember 2015 bei A. _____ nach dem Stand der medizinischen Behandlungen (IV-act. 106). Gestützt auf eine Antwort vom 7. Januar 2016 holte die IV-Stelle bei der AF. _____ (Klinik) einen aktuellen Bericht ein, welcher am 26. Januar 2016 einging (IV-act. 108). Es folgten weitere Berichte und nach mehreren Mahnungen am 2. November 2017 ein Verlaufsbericht des Psychiaters Dr.med. G. _____ (IV-act. 130). Der RAD-Arzt Dr.med. H. _____ empfahl am 15. Februar 2018 die Einholung eines interdisziplinären Gutachtens (IV-act. 138-5/5). Der Begutachtungsauftrag wurde der AG. _____ zugestellt (IV-act. 146ff.). Das entsprechende MEDAS-Gutachten vom 4. Juli 2018 ging am 22. August 2018 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 153). Mit Vorbescheid vom

1. Oktober 2018 kündigte die IV-Stelle an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 155). Dagegen liess A. _____ am 22. November 2018 Einwände erheben, wobei um eine unentgeltliche Rechtsvertretung ersucht wurde (IV-act. 160). Am 29. Januar 2019 nahm die Gutachterstelle zu den von A. _____ erhobenen Einwänden Stellung (IV-act. 163).

F. Am 27. Februar 2019 verfügte die IV-Stelle sinngemäss, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe und zudem das Begehren um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung im Verwaltungsverfahren abgewiesen werde (IV-act. 165).

G. Gegen diese am 4. März 2019 eingegangene Verfügung liess A. _____ rechtzeitig am 3. April 2019 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 3. März 2019 sei aufzuheben;
2. (i.) Der Beschwerdeführerin sei nach Ablauf der Wartefrist eine ganze Invalidenrente auszurichten;
(ii.) Eventualiter seien weitere tatsächliche und medizinische Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sei die Beschwerdeführerin durch ein nicht vorbestimmtes Begutachtungsinstitut erneut polydisziplinär begutachtet zu lassen;
3. Es sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen;
4. Es sei der Beschwerdeführerin für das Vorbescheidverfahren die unentgeltliche Verbeiständung in der Person von RA Dr.iur. AH. _____ zu gewähren und die Sache zur Festsetzung der Entschädigung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen;
5. Der Beschwerdeführerin sei für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung in der Person des Unterzeichneten zu gewähren;

Aller unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Vernehmlassung vom 13. Mai 2019 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Im Rechtsbegehren Ziffer 3 beantragt die Beschwerdeführerin die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels. Nach ständiger Rechtsprechung bildet der einmalige Schriftenwechsel in der Verwaltungsrechtspflege die Regel. Nach § 41 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes (VRP; SRSZ 234.110) vom 6. Juni 1974 in Verbindung mit Art. 61 Satz 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 sowie Art. 61 lit. a ATSG kann die Rechtsmittelinstanz auf Antrag der Vorinstanz oder der Parteien oder von Amtes wegen einen zweiten Schriftenwechsel anord-

nen. Es steht somit im Ermessen der Beschwerdeinstanz, ob sie einen zweiten Schriftenwechsel durchführt oder nicht. Dieser kann nach der Praxis zur Wahrung des rechtlichen Gehörs u.a. dann angeordnet werden, wenn die Beschwerdeinstanz im Entscheid auf erstmals in der Vernehmlassung vorgetragene Sachdarstellungen abstellen will, wenn die Beschwerdeinstanz neu eingetretene oder ausser acht gelassene Tatsachen ihrem Entscheid zugrunde legen will oder wenn die Beschwerdeinstanz einen Prozess gestützt auf einen von keiner Partei angerufenen Rechtsgrund, dessen Heranziehung von den Beteiligten nicht vorausgesehen werden kann, entscheiden will (VGE I 2019 15 vom 10.4.2019 Erw. 2.1; anzufügen ist, dass in jenem Verfahren die hier auftretende Anwaltskanzlei involviert war). Diese Voraussetzungen für die Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels sind vorliegend nicht gegeben.

1.2 Sodann wird in der Beschwerde nicht substantiiert begründet, weshalb ein zweiter Schriftenwechsel nötig wäre. Nach geltender Praxis ist es zudem nicht zulässig, den Antrag für einen zweiten Schriftenwechsel "auf Vorrat" (bzw. vorsorglich) zu stellen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist ein schon in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde gestellter Antrag auf Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels verfrüht, da ein Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht beurteilen kann, ob aus seiner Sicht eine Stellungnahme zu den Eingaben der Beschwerdegegner oder der Vorinstanz erforderlich sein wird (siehe Bundesgerichtsurteile 4A_59/2008 vom 20.6.2008 Erw. 1; 8C_549/2007 vom 30.5.2008 Erw. 3; Bundesgerichtsurteil 1A.276/2004 vom 12.7.2005 Erw. 2).

1.3 Schliesslich wird von einer Partei, welche eine Eingabe ohne Fristansetzung erhält und dazu Stellung nehmen will, nach höchstrichterlicher Rechtsprechung erwartet, dass sie ihre Stellungnahme umgehend einreicht bzw. zumindest umgehend eine entsprechende Fristansetzung beantragt. Ansonsten geht das Bundesgericht davon aus, dass die Partei auf eine weitere Eingabe verzichte (vgl. das der erwähnten Anwaltskanzlei bekannte Bundesgerichtsurteil 93_757/2017 vom 5.10.2018 Erw. 1.2 mit Hinweis). Mit anderen Worten ist das Stillschweigen der Beschwerdeführerin nach Kenntnisnahme der vorinstanzlichen Vernehmlassung als konkludenter Verzicht auf eine weitere Stellungnahme zu qualifizieren.

1.4 Aus all diesen Gründen ist kein weiterer Schriftenwechsel durchzuführen.

2.1 Nach Art. 4 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG; SR 831.20) vom 19. Juni 1959 in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 ATSG gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbs-

unfähigkeit. 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.

2.2 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).

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

2.4 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).

2.5.1 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).

2.5.2 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).

2.5.3 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).

2.5.4 In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde

zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall Gerichte nicht kompetent sind (Bundesgerichtsurteil 9C_437/2012 vom 6.11.2012 Erw. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 105 V 156 Erw. 1 S. 158 f.; BGE 132 V 93 Erw. 4).

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

3. Den vorliegenden Akten sind im Verlauf u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben aus den medizinischen Unterlagen zu entnehmen:

3.1 Im interdisziplinären Gutachten der MEDAS D._____ vom 28. November 2007 (unterzeichnet von Prof. Dr.med. I._____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie; Dr.med. J._____, Facharzt für Orthopädie; lic.phil. K._____; und Dr.med. L._____, Chefarzt/ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (IV-act. 20-26/91):

- Anhaltend zervikozephalales und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei mit
 - a) segmentaler Dysfunktion C0-2
 - b) im MRI gesicherter Osteochondrose C4-C7 sowie Spondylarthrose C5-Th1 ohne Nervenwurzelkompression
- St.n. VKB-Ruptur linkes Kniegelenk November 2003, konservative Behandlung
- Seitens der Fachgebiete Psychiatrie und Neurologie wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vergeben.

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter auf:

- Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.0)
- Verdacht auf Migräne mit Aura (ICD-10 G43.105)
- St.n. Meisselfraktur Radiusköpfchen linker Ellenbogen 2002, ohne Folgen

- St.n. Verkehrsunfall mit Weichteilverletzung rechter Oberschenkel in der frühen Kindheit, ohne Folgen.

Zur Arbeitsfähigkeit führten die MEDAS-Gutachter aus, der Versicherten seien aus interdisziplinärer Sicht sowohl die bisherige Tätigkeit (Lageristin bei Al._____) als auch alle angepassten Arbeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche zumutbar. Ausgeschlossen seien Tätigkeiten über Schulterhöhe sowie ausschliesslich hockende, kniende oder kauende Tätigkeiten und repetitives Treppensteigen. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei auf 15 kg limitiert. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Aus versicherungspsychiatrischer und neurologischer Sicht ergebe sich kein zu begründendes besonderes Tätigkeitsprofil (vgl. IV-act. 20-31/91 unten).

3.2 Anlässlich der _____ Untersuchung vom 5. August 2009 stellte Dr.med. F._____ (FMH Chirurgie) folgende Diagnosen (IV-act. 43-12/27).

1. Chronisches Panvertebralsyndrom
2. Chronische Gonalgie rechts mit/bei
 - Status nach VKB-Ruptur und Teilmenisektomie medial
3. Chronische Brachialgie rechts

Beim IV-Abklärungsgespräch vom 28. August 2009 machte die Versicherte geltend, sie habe keine Kraft im Knie, knicke immer wieder ein; durch ihre Schonhaltung habe sie nun Rückenschmerzen und seit einem erneuten Sturz (Einknicken des Knies) leide sie an Schmerzen in Schulter, Ellbogen und Handgelenk links. Ausserdem habe sie grosse Kopfschmerzen (IV-act. 46-4/4).

3.3.1 Dr.med. E._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH), welcher die Versicherte seit dem 26. Januar 2010 behandelte, stellte in seinem Bericht vom 7. Juli 2010 an die IV-Stelle folgende Diagnosen (IV-act. 58-1/4):

- St.n. vorderer Kreuzbandrekonstruktion rechts bei vorderer Kreuzbandruptur sowie medialer Teilmenisektomie und lateraler Meniskushinterhornnaht am 01.02.2010;
- Chronische Lumboischialgien bei Diskushernie L5/S1 mit Kompression der Wurzel L5 rechts, mediale Diskushernie L4/L5 mit Kompression des Duralsackes sowie einer Lagebeziehung zur abgehenden Wurzel L5 beidseits

Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr.med. E._____ in diesem Bericht dahingehend, dass die Versicherte aktuell zu 100% arbeitsunfähig sei; dies lasse sich zu 50% auf die Knieoperation zurückführen; des Weiteren sei sie aufgrund ihrer Lumbalgie zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 58-2/4 Ziff. 1.6).

3.3.2 Am 5. November 2010 berichtete der gleiche Arzt der IV-Stelle (IV-act. 60):

Die oben genannte Patientin war seit der letztmaligen Untersuchung in unserer Praxis vom 09.07.2010 nicht mehr vorstellig geworden. Jedoch konnte ich sie am 10.07.2010 in einem grösseren Einkaufszentrum der Region beobachten, wie sie

bei einem Zeitraum von 30 Min. ohne jegliche Beschwerden laufen konnte, hierbei schwere Tüten anhub und keinerlei Beschwerden von Seiten des rechten Kniegelenkes wie auch von Seiten des Rückens demonstrierte. (...)

3.4 Im Austrittsbericht vom 2. November 2010 zum Aufenthalt in der Rehaklinik V. _____ vom 24. September 2010 bis 28. Oktober 2010 wurden u.a. chronische belastungsabhängige Knieschmerzen rechts mit subjektiver Instabilität bei leichter medialer Gonarthrose, eine leichte agitiert depressive Symptomatik mit erhöhter Reizbarkeit, innerer Unruhe und Schlafstörungen im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) sowie ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom (mit aktuell medianer Diskushernie L4/5, erhebliche Degeneration LWK5/SWK1 und einer Nervenwurzelkompression L5 rechts mehr als links) diagnostiziert (UV-act. 3-6/82). Zur Arbeitsfähigkeit führten med.pract. O. _____ und med.pract. P. _____ was folgt aus (UV-act. 3-7/82):

Es wurde eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet. Infolge Selbstlimitierung konnten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden. Die Resultate der physischen Leistungstests sind deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nicht verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lässt sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. (...)

Insgesamt erachteten die Fachpersonen der Rehaklinik V. _____ leichte bis mittelschwere Arbeiten ganztags als zumutbar (UV-act. 3-7/82 unten).

3.5 Am 8. Juli 2011 erfolgte an der AF. _____ (Klinik) eine arthroskopisch-assistierte femorale und tibiale Bohrkanauffüllung (vgl. IV-act. 66-5/6) und am 11. Juli 2011 musste eine postoperativ diagnostizierte Tibiaplateaufraktur interkondylär rechts mit einer Platten-Osteosynthese stabilisiert werden (IV-at. 66-3/6). Anlässlich des erneuten Aufenthalts in der Rehaklinik V. _____ vom 21. Juli 2011 bis 16. August 2011 wurde u.a. festgehalten, dass das Ausmass der physischen Einschränkungen sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht erklären lasse (vgl. IV-act. 84-3/31).

3.6 Am 6. Februar 2012 folgte an der AF. _____ (Klinik) eine arthroskopisch-assistierte vordere Kreuzband-Re-Rekonstruktion des rechten Knies (UV-act. 7-60/69). Vom 20. Juni 2012 bis zum 12. Juli 2012 hielt sich der Versicherte erneut in der Rehaklinik V. _____ auf. Im Austrittsbericht vom 12. Juli 2012 wurden leichte Arbeiten im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen als ganztags zumutbar beurteilt (UV-act. 10-19/45).

3.7 Am 9. Oktober 2012 fand die _____ Abschlussuntersuchung statt. Im gleichentags verfassten Bericht führte _____ Dr.med. F. _____ folgende Diagnosen auf (UV-act. 12-15/17):

Chronische Gonalgie rechts mit/bei

- Status nach VKB-Ruptur und Teilmenispektomie medial
- Status nach VKB-Ersatzplastik Februar 2010 und Revision 2011
- Status nach Tibiplateaufrakturen 2011

Chronisches Panvertebralsyndrom mit/bei:

- Pseudoradikulärer Ausstrahlung

In der Beurteilung führte Dr.med. F. _____ u.a. aus, dass aufgrund der im MRI nachgewiesenen Arthrose ein Teil der Beschwerden zu erklären sei, indes das Ausmass der Schmerzhaftigkeit insgesamt durch die Bildgebung nicht zu begründen sei (UV-act. 12-16/17). Ergänzend fügte Dr.med. F. _____ am 15. Oktober 2012 an, dass es aufgrund der degenerativen Veränderungen optimaler sei, eine wechselbelastende Tätigkeit als eine vorwiegend sitzende Tätigkeit aufzunehmen, da bei längerdauernder Zwangshaltung im Sitzen Anlaufschwierigkeiten provoziert würden. Eine mehrheitlich sitzende Tätigkeit sei möglich, wobei ein gelegentliches Aufstehen und Herumgehen günstiger sei als den ganzen Tag zu sitzen (vgl. UV-act. 20-8/14 unten).

3.8 Am 23. Januar 2013 liess sich die Versicherte in der Rheumasprechstunde der AF. _____ (Klinik) ambulant untersuchen. Im Bericht vom 5. März 2013 an die Unfallversicherung (visiert durch PD Dr.med. Q. _____, Chefarzt Rheumatologie) führten Dr.med. R. _____ u.a. aus, das Beschwerdebild werde als chronisches Schmerzsyndrom im rechten Knie bei Status nach multiplen operativen Eingriffen beurteilt (UV-act. 18-19/33 unten).

3.9 Anlässlich einer ambulanten Untersuchung vom 9. Januar 2014 an der AF. _____ (Klinik) gelangte der Oberarzt Dr.med. S. _____ (visiert von PD Dr.med. T. _____, Teamleiter Kniechirurgie) zum Ergebnis, dass insgesamt nach wie vor eine unbefriedigende Situation vorliege. Ein erneuter Eingriff komme aufgrund der Gesamtsituation bei dieser Versicherten nicht in Frage. Aufgrund der Ausweitung der Beschwerden mit nun generalisierten Schmerzen sowohl in Ruhe wie auch bei Belastung sei eine Anbindung an einen Schmerzdienst unerlässlich (UV-act. 21-11/33).

3.10 Bei einer erneuten Untersuchung an der AF. _____ (Klinik) vom 19. Januar 2016 wurden u.a. die bekannten chronischen Knieschmerzen rechts, ein rezidivierendes cervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechts sowie ein rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts diagnostiziert. Im Ergebnis wurde eine Optimierung der Schmerztherapie empfohlen (IV-act. 108).

3.11 Vom 29. Januar 2016 bis zum 2. Februar 2016 war der Versicherte in der Klinik AD._____ hospitalisiert. Am 29. Januar 2016 wurde ein laparoskopischer intermediärer Magenbypass angelegt.

3.12 Am 14. Juli 2016 fand eine Konsultation im AJ._____ statt. Im Bericht vom 16. August 2016 wurden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) sowie ein Verdacht auf sonstige phobische Störungen (ICD-10: F40.8) diagnostiziert. Die alltägliche Schmerzbewältigung wurde als maximal dysfunktional beurteilt (UV-act. 24-18/19 bzw. IV-act. 126).

3.13 Am 9. September 2016 erfolgte ein psychiatrisches Aktengutachten durch Dr.med. U._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie), welcher u.a. festhielt, dass die im aktuellen Bericht des AJ._____ gestellten psychiatrischen Diagnosen nicht in nachvollziehbarer Weise begründet würden, was namentlich auch für den Schweregrad der depressiven Symptomatik gelte. Grundsätzlich sei davon auszugehen, dass es ohne das durch die Unfallversicherung anerkannte Unfallereignis im Jahr 2008 nicht in dieser Zeit und in dieser Weise zu der chronischen Schmerzproblematik im Bereich des rechten Kniegelenks gekommen wäre, was auch in Bezug auf den komplexen langwierigen orthopädischen Behandlungsverlauf gelte. Daneben bestünden multiple unfallfremde Faktoren, welche den Verlauf stark bestimmen würden. Die Compliance sei ungünstig; immer wieder seien Inkonsistenzen, Symptomausweitung und Selbstlimitierung beschrieben worden. Einmal sei differentialdiagnostisch explizit eine Aggravation in Betracht gezogen worden. Es sei davon auszugehen, dass die ausgeprägte, passive, regressive Schonhaltung ganz wesentlich zur Entwicklung in den vergangenen acht Jahren beigetragen habe und weiterhin beitrage. In diesem Sinne sei der Verlauf während 8 Jahren zu einem gewissen Teil durch organische Probleme des rechten Kniegelenks und in einem viel grösseren Masse durch die ungünstige Grundhaltung der Versicherten geprägt (vgl. UV-act. 24-18f./19).

3.14 Am 24. November 2016 forderte die IV-Stelle von Dr.med. G._____ (Psychiatrie & Psychotherapie, _____) einen Arztbericht an. Am 9. März 2017 teilte dieser Psychiater der IV-Stelle mit, dass die Versicherte vom 1. bis 31. März 2017 vollständig arbeitsunfähig sei (IV-act. 124). Daraufhin mahnte die IV-Stelle diesen Psychiater mehrfach, einen detaillierten Bericht zu liefern (IV-act. 125, 127, 129). In einem per 16. September 2017 datierten Verlaufsbericht, welcher bei der IV-Stelle am 2. November 2017 einging, stellte Dr.med. G._____ folgende Diagnosen und äusserte sich zur Arbeitsfähigkeit wie folgt (IV-act. 130-1/14):

1. Depressive Episode mittleren, intermittierend auch schweren Grades F 32.1, F32.2;
2. Chronische Schmerzstörung F45.41
3. Diverse Krankheiten aus dem rheumatischen Formenkreis

Jede der Störungen vermag die Arbeitsfähigkeit zu verringern, ihr komorbides Auftreten erst recht. Aus psychiatrischer Sicht dürfte die Arbeitsunfähigkeit 60% betragen. Hinzu kommt die Behinderung aus dem rheumatischen Bereich, die von entsprechenden Spezialisten beurteilt werden sollte.

3.15 Zwischenzeitlich hatte sich die Versicherte vom 10. April bis 17. Mai 2017 im AK. _____ (Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie) aufgehalten. Im Austrittsbericht vom 17. Mai 2017 stellte die Stationsärztin med.pract. W. _____ die Hauptdiagnose "F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode" sowie die Nebendiagnose "F45.41 Vd. a. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren" (IV-act. 130-13/14).

3.16 Am 12. Oktober 2017 wurde die Versicherte am AE. _____ (Spital) (Institut für Anästhesiologie) untersucht. Im gleichentags erstellten Bericht wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-act. 135-1/10):

Schmerzdiagnose

1. Chronische postoperative Schmerzen Knie rechts
 - 6x Knieoperationen rechts seit 2008 mit Verschlimmerung der Symptomatik
2. Panvertebralsyndrom
 - Muskuloskelettale Dysbalance

Fremddiagnose

Anpassungsstörung
Arterielle Hypertonie

3.17 Am 13. Februar 2018 fand in der AF. _____ (Klinik) eine Verlaufskontrolle statt. Im gleichentags erstellten Bericht beurteilte Dr AL. _____ (Oberarzt) die Situation als schwierig mit einerseits bestehender Arthrose des rechten Kniegelenkes und andererseits überproportioniertem Schmerz und nur sehr schlechtem Ansprechen bzw. Nichtansprechen auf eine Infiltration von August 2017. Die Stabilisation des Kniegelenks sei am ehesten mit einer Orthese erfolgversprechend. Die Versicherte sei angesichts der Beschwerdesymptomatik sicherlich in einer stehenden Tätigkeit arbeitsunfähig (IV-act. 137-2/3).

3.18 Am 15. Februar 2018 empfahl der RAD-Arzt Dr.med. H. _____ (orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) die Einholung eines interdisziplinären Gutachtens. Der Begutachtungsauftrag wurde der AG. _____ zugestimmt (IV-act. 146). Das von Dr.med. Y. _____ (Allg. Innere Medizin/ zertif. med. Gutachter SIM), PD Dr.med. Z. _____ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates/ zertif. med.

Gutachter SIM) und med.pract. AM. _____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie/ zertif. med. Gutachter SIM) am 4. Juli 2018 erstellte MEDAS-Gutachten, welches zusätzlich von Dr.med. AA. _____ (Neurologie FMH/ zertif. med. Gutachter SIM) visitiert wurde (IV-act. 153-28/90), ging am 22. August 2018 bei der IV-Stelle ein. Diesem MEDAS-Gutachten sind folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (IV-act. 153-25/90):

Gonarthrose rechts nach mehrfach VKB-Plastik Revision und Tibiakopffraktur rechts (2013)

Kein ausreichender Anhalt für eine psychische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde was folgt aufgeführt:

Rezidivierende Lumboischialgien rechts

Intermittierendes Schulter-Arm-Syndrom rechts

Zustand nach Magenbypass-Operation 2016

Psychiatrischerseits ergibt sich kein ausreichender Anhalt für eine psychische Erkrankung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Die funktionellen Auswirkungen der Befunde/ Diagnosen wurden mit unzureichender Steh- und Gehfähigkeit umschrieben. Sodann wurde im MEDAS-Gutachten u.a. was folgt festgehalten (IV-act. 153-25/90):

4.5 Diskussion von Belastungsfaktoren und Ressourcen

Solche liegen nicht vor. Die Versicherte ist im systematischen Untersuchungsgang psychisch unauffällig. Sie ist durchschnittlich intelligent und gut integriert; sie kann z.B. gut deutsch verstehen und sprechen und sich exakt ausdrücken.

4.6 Konsistenzbeurteilung

Im ganzen Aktenverlauf seit 2008 wurde von verschiedenen Beurteilern auf Symptomausweitung, Nichtnachvollziehbarkeit der Beschwerden, mangelnde Bereitschaft zum Training hingewiesen. Auch seitens aller Gutachter konnte ein demonstrativ-aggravatorisches Verhalten beobachtet werden.

4.7 Arbeitsfähigkeit (AF) in bisheriger Tätigkeit und deren zeitlicher Verlauf

Gutachtlich dürfte immer wieder bis 08.07.2011 (letzter Eingriff am rechten Knie, [recte wohl: 6.2.2012: Re-Rekonstruktion VKB]) teilweise eine AF bis 50% bestanden haben. Ab diesem Zeitpunkt wird gutachterlich keine AF mehr angenommen.

4.8 Arbeitsfähigkeit (AF) in angepasster Tätigkeit und deren zeitlicher Verlauf

Seit Referenzdatum bzw. in Bezug auf das Vorgutachten 2007 bestand volle AF, wenn von den Unterbrüchen durch operative Eingriffe, die medizinisch-theoretisch kaum mehr als 3 Monate dauern, abgesehen wird.

4. Eine gerichtliche Würdigung dieser Angaben zum Gesundheitszustand sowie zum Arbeitsfähigkeitsgrad der Versicherten zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

4.1 Vorab ist festzuhalten, dass die Versicherte in medizinischer Hinsicht umfassend abgeklärt wurde. Was die somatischen Beeinträchtigungen anbelangt, wurden im vorliegenden MEDAS-Gutachten vom 4. Juli 2018 im Wesentlichen Knie- und Rückenbeschwerden evaluiert und beurteilt. Dieser Teil des MEDAS-Gutachtens wird von der beanwalteten Beschwerdeführerin vor Gericht auch nicht ansatzweise in Frage gestellt. Es ist denn auch nicht ersichtlich, weshalb die im Gutachten enthaltenen klinischen Untersuchungsbefunde des begutachtenden Internisten und des begutachtenden Orthopäden zu beanstanden wären. Analoges gilt auch für die aus den somatischen Befunden hergeleitete Arbeitsfähigkeitsbeurteilung, wonach den erwähnten Knie- und Rückenbeschwerden hinreichend angepasste (wechselbelastende) Tätigkeiten der Versicherten grundsätzlich vollschichtig bzw. im Rahmen eines 100%-Pensums zumutbar sind. Bei dieser Sachlage besteht kein Anlass, weitere somatische Abklärungen in Betracht zu ziehen. Es ist denn auch im Rahmen einer zulässigen antizipierten Beweiswürdigung nicht damit zu rechnen, dass zusätzliche somatische Abklärungen zu relevanten neuen Ergebnissen führen würden.

4.2 Die Kritik in der vorliegenden Beschwerde bezieht sich ausschliesslich auf das im MEDAS-Gutachten vom 4. Juli 2018 enthaltene psychiatrische Teilgutachten von med.pract. AM._____. Konkret wirft die Beschwerdeführerin dem begutachtenden Psychiater u.a. sinngemäss vor, dass seine Ausführungen von einer starken Voreingenommenheit geprägt seien. Er habe sich offensichtlich auf den Vorwurf der Aggravation fixiert und einzig versucht zu begründen, dass bei der Versicherten keine Anzeichen psychischer Erkrankung vorlägen. Selbst wenn die Angaben der Versicherten - wie im Gutachten ausgeführt werde - zuweilen ungenau und beim Nachfragen widersprüchlich gewesen sein sollten, sei es nicht zulässig, dass der Gutachter nach einer einmaligen Untersuchung zu derart schwerwiegenden Vorwürfen (Aggravation und Simulation) gelangt sei. Vielmehr sei dieser Gutachter voreingenommen und befangen bzw. nicht unparteilich gewesen. Die Einstellung des psychiatrischen Gutachters gegenüber der Versicherten, wie sie im (psychiatrischen) Teilgutachten zum Ausdruck komme, sei jedenfalls geeignet, den Anschein von Voreingenommenheit zu begründen.

4.3.1 Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist - wie in der vorinstanzlichen Vernehmlassung (Ziff. 5) zutreffend ausgeführt wurde - Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht

nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (vgl. BGE 132 V 93 Erw. 7.1, S. 109, mit Verweis auf BGE 120 V 364 Erw. 3).

4.3.2 Das vorliegende psychiatrische Teilgutachten enthält zunächst eine Darstellung der Ausgangslage mit Umschreibung des Begutachtungsauftrages, des medizinischen Sachverhalts, der IV-spezifischen Fragestellung und des Anforderungsprofils der bisherigen Tätigkeit (IV-act. 153-64f./90). Anschliessend folgt auf rund 10 Seiten eine Zusammenfassung der Berichte von involvierten Ärzten (IV-act. 153-65/90 bis 153-74/90). Wenn in diesem Aktenauszug Feststellungen anderer Ärzte angeführt werden, welche für die Versicherte grundsätzlich unvoreilhaft erscheinen, wie beispielsweise:

- "Es wurde eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet. Infolge Selbstlimitierung konnten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktionen und Belastbarkeit nicht erreicht werden. Die Resultate der physischen Leistungstests sind deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nicht verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lässt sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären..." (vgl. IV-act. 153-67/90 betr. Aufenthalt in der Rehaklinik V. _____ im Herbst 2010, i.V.m. IV-act. 61-3/11, 84-13/31);
- "Gesamthaft betrachtet kann man aufgrund der Diagnosen sowie der klinischen und radiologischen Befunde die präsentierten Beschwerden und Funktionseinschränkungen nur zum Teil erklären" (IV-act. 153-68/90 betr. Aufenthalt in der Rehaklinik V. _____ im Sommer 2012, i.V.m. UV-act. 10-20/45);
- "Die Beschwerden sind organisch nicht vollumfänglich erklärbar. Mehrfach wurde eine ausgeprägte Schmerzausweitung bestätigt" (IV-act. 153-68/90 betr. _____ Abschlussuntersuchung vom 19.10.2012, i.V.m. UV-act. 12-17/17 oben);
- "Auch in diesem Zusammenhang sind zahlreiche Hinweise auf Symptomausweitung, Selbstlimitierung, Inkonsistenzen und eine mögliche Aggravation zu erwähnen" (vgl. IV-act. 153-69/90 betr. psychiatrische Beurteilung vom 9.9.2016 durch Dr.med. U. _____, i.V.m. UV-act. 24-19/19);

ist darin keine Parteilichkeit des psychiatrischen Gutachters zu erblicken. Die Beschwerdeführerin übersieht, dass es einem Gutachter möglich ist und möglich sein muss, für den Exploranden negative Aspekte und auch ungünstige Untersu-

chungsergebnisse klar und deutlich aufzuzeigen und seine Sicht der Dinge darzulegen, ohne dass deshalb auf eine Voreingenommenheit geschlossen werden darf (siehe Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts 38/98 vom 6.09.1999 i.Sa. M., Erw. 3b in fine). In diesem Sinne kann weder aus dem angesprochenen Aktenauszug, noch aus dem Explorationsgespräch (mit vertiefender Befragung der Explorandin und Erarbeitung der Untersuchungsbefunde) aus objektiver Sicht ein relevanter Anschein von Befangenheit oder Voreingenommenheit hergeleitet werden. Dass die Beschwerdeführerin aus ihrer subjektiven Sicht den begutachtenden Psychiater als voreingenommen empfindet, reicht rechtsprechungsgemäss nicht aus. Daran vermag die Argumentation in der Beschwerde (S. 5), wonach Dr.med. AC._____ im Bericht vom 16. August 2016 erhebliche Stimmungsbeeinträchtigungen sowie eine depressive Entwicklung mit suizidalen Äusserungen festgestellt habe, nichts zu ändern. Dies gilt erst recht, als die psychiatrische Begutachtung aktueller ist als die Angaben von Dr.med. AC._____. Abgesehen davon hat der psychiatrische Gutachter diesen rund 2 Jahre vor der Begutachtung abgefasste Bericht vom 16. August 2016 nicht übersehen, sondern ausdrücklich mitberücksichtigt (siehe IV-act. 153-73/90). Eine lege artis aufgrund einer aktuellen klinischen Untersuchung vorgenommene Einschätzung eines psychischen Gesundheitszustandes kann entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht als Befangenheit oder Anschein von Voreingenommenheit betrachtet werden, auch wenn früher beim Aufenthalt im AK._____ (10.4.2017 bis 17.5.2017) das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung (damals mittelgradige Episode) diagnostiziert worden ist (IV-act. 136-12f.). Analoges gilt auch für die Angaben und die Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr.med. G._____, welcher in seinem Bericht vom 16. September 2017 eine depressive Episode mittleren, intermittierend auch schweren Grades (F32.1, F32.2) diagnostizierte (IV-act. 130-1f./14). In diesem Zusammenhang fällt massgeblich ins Gewicht, dass die von der Versicherten im Rahmen des Explorationsgesprächs angegebene Medikamenteneinnahme (vgl. IV-act. 153-77/90 unten) durch die Laboruntersuchung nicht verifiziert werden konnte. Dazu führte der psychiatrische Gutachter aus (IV-act. 153-80/90):

Die Versicherte wurde über die Laboruntersuchung aufgeklärt. Sie stimmte dieser zu. Die Untersuchung erfolgte ca. um 12.30 Uhr. Die Versicherte äusserte, dass sie die Medikamente am Morgen des Aufnahmetages vergessen habe, am Abend um 22.00 Uhr eingenommen habe.

Die Spiegel des Fluoxetin und seines aktiven Metaboliten, des Mirtazapin und des aktiven Metaboliten waren unterhalb des messbaren Bereichs. Der Spiegel des Pregabalin war stark vermindert. Sowohl bei Mirtazapin als auch bei Fluoxetin handelt es sich um Substanzen mit langer Halbwertszeit. Die nicht messbaren Spiegel deuten somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Nicht-

Einnahme der Substanzen hin. Beim Pregabalin ist von einer unregelmässigen Einnahme auszugehen.

Dass der psychiatrische Gutachter diese auffällige Diskrepanz zwischen behaupteter Medikamenteneinnahme und den Laborergebnissen als ein bedeutsames Element zur Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes herangezogen hat, leuchtet ein und vermag keinen Anschein von Voreingenommenheit zu begründen, zumal die beanwaltete Beschwerdeführerin vor Gericht die fehlende Medikamentencompliance unwidersprochen liess.

4.3.3 Sodann legte der psychiatrische Gutachter ausführlich und nachvollziehbar dar, weshalb er im Ergebnis keine ICD-kodierte psychische Erkrankung diagnostizieren konnte. Dazu verwies die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (Ziff. 7ff.) überzeugend u.a. darauf, dass die Achsensymptome einer depressiven Störung (tiefe Traurigkeit, Antriebsminderung, Interessenlosigkeit) nicht objektivierbar waren. Auch ergaben sich keine Anhaltspunkte für eine Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder einer Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren vor dem Hintergrund des Fehlens einer klinisch nachvollziehbaren namhaften Schmerzbeeinträchtigung und der nicht gegebenen Evidenz für einen unverarbeiteten bzw. fehlerverarbeiteten innerseelischen Konflikt. Den diesbezüglichen Ausführungen der Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung ist uneingeschränkt beizupflichten. Dies gilt namentlich auch für die Ausführungen zum bisherigen Verlauf von Behandlungen sowie zur Konsistenz und Plausibilität. Auch daraus, dass die Versicherte insistierende Nachfragen ausweichend und vage beantwortet hat (vgl. IV-act. 153-81/90), kann sie hier nichts zu ihren Gunsten ableiten. Überdies setzte sich der psychiatrische Gutachter namentlich auch mit den Beurteilungen des behandelnden Psychiaters (Dr.med. G. _____) substantiiert auseinander, derweil die beanwaltete Beschwerdeführerin sich zur gutachtlichen Herleitung einer hier fehlenden ICD-kodierten psychischen Erkrankung nicht näher äusserte. Des Weiteren leuchten die in der vorinstanzlichen Vernehmlassung hervorgehobenen Argumente zur Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens ein, u.a. der Einwand, des Gutachters, dass Dr. AC. _____ im Bericht vom 16. August 2016 seine Diagnose nicht begründete, analog auch der Oberarzt des AK. _____ im Bericht vom 22. Juni 2017 (vgl. die überzeugenden Ausführungen der Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung, S. 5).

5. Im Lichte all dieser Ausführungen ist es zusammenfassend nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung das vorliegende MEDAS-Gutachten als beweiskräftig beurteilt und auf die im Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeitsbeurteilung abgestellt hat, ohne dass Anlass für ein weiteres

Gutachten besteht. An diesem Zwischenergebnis vermögen die wenig substantiierten Vorbringen in der Beschwerde nichts zu ändern. Unbehelflich und hier nicht zu hören ist namentlich auch der Einwand in der Beschwerde (S. 6), dass es dem Teilgutachter unmöglich sei, den Arbeitsfähigkeitsgrad retrospektiv zu beurteilen, weshalb auf die echtzeitlich attestierten Arbeitsunfähigkeitsgrade abzustellen sei. Gegen eine solche Argumentation sprechen namentlich auch die oben mehrfach von verschiedenen Fachpersonen angesprochenen Inkonsistenzen, welche nicht nur den psychiatrischen Teilbereich betreffen, sondern auch im somatischen Teilbereich auffällig sind (vgl. dazu u.a. IV-act. 60; IV-act. 84-28/31 Mitte; IV-act. 153-16/90 unten und 153-19/90 oben).

6. Mit dem Rechtsbegehren Ziffer 4 beantragt die Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtsvertretung für das Vorbescheidverfahren vor der IV-Stelle und eine entsprechende Rückweisung an die Vorinstanz zur Festlegung des Honorars für die damals aufgetretene Rechtsanwältin (vgl. IV-act. 160). In der angefochtenen Verfügung hat die Vorinstanz nachvollziehbar begründet, weshalb der Versicherten kein solcher Anspruch auf unentgeltliche Rechtsvertretung im Vorbescheidverfahren zustand. Dazu wird in der vorliegenden Beschwerde nichts Konkretes vorgebracht, weshalb es hier mit dem Verweis auf die zutreffenden Ausführungen der Vorinstanz in den Ziffern 28 und 29 der Vernehmlassung sein Bewenden hat (siehe auch noch Bundesgerichtsurteil 9C_757/2017 vom 5.10.2018 Erw. 5 bis 5.3, dieses Urteil betrifft die gleiche, hier auftretende Anwaltskanzlei).

7. Nach dem Gesagten erweist sich die vorliegende Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abgewiesen wird.

8.1 Für das verwaltungsgerichtliche Beschwerdeverfahren sind – nachdem auf dieser Stufe weniger strenge Anforderungen gelten – die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung zu bejahen. Analog wird bezüglich der Verfahrenskosten auch ein Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege anerkannt.

8.2 Das Anwaltshonorar richtet sich nach dem Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA, SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975. § 2 des Gebührentarifs sieht als Bemessungskriterien die Wichtigkeit der Streitsache, ihre Schwierigkeit, den Umfang und die Art der Arbeitsleistung sowie den notwendigen Zeitaufwand vor. Das Honorar beträgt für die Vertretung vor Verwaltungsgericht Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- (§ 14 GebTRA). Eine allfällige Kostennote ist zu spezifizieren und vor Fällen des Entscheides einzureichen; andernfalls wird die Vergütung nach freiem Ermessen festgesetzt (§ 6 Abs. 1 GebTRA). Die Verwaltungsbehörden und das

Verwaltungsgericht befolgen bei der Entschädigungsbemessung eine zurückhaltende Praxis. Dies entspricht § 74 Abs. 1 VRP, welcher nur von einer angemessenen Entschädigung und nicht vom Anspruch auf Ersatz der Kosten der Prozessführung und Vertretung nach gerichtlicher Festsetzung (vgl. Art. 105 f. der Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272] vom 19.12.2008) spricht. § 74 Abs. 1 VRP verlangt nicht die Ausrichtung einer vollen, sondern nur einer angemessenen, im Rahmen des Gebührentarifs sich bewegenden und anhand des notwendigen Aufwandes bestimmten Parteientschädigung. Die Bindung an den Gebührentarif und damit die notwendige Wahrung der Proportionen zwischen den verschiedensten Aufwandintensitäten bedingt, dass aufwandgeringe Verfahren nur so hoch entschädigt werden, dass der Gebührentarif auch für aufwandintensivste Fälle noch eine angemessene Entschädigung zulässt (EGV-SZ 1986 Nr. 2; 1989 Nr. 6 mit Hinweisen auf die Materialien; VGE 708/97 vom 2.9.1997 Erw. 1c). In Anbetracht all dieser Aspekte wird das Honorar für den unentgeltlichen Rechtsbeistand im Verfahren vor Verwaltungsgericht auf insgesamt Fr. 1'800.-- festgelegt.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr) werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Beschwerdeführerin auferlegt. Von einem Inkasso wird derzeit unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege abgesehen.
3. Der Beschwerdeführerin wird für das gerichtliche Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Rechtsverteidigung gewährt und RA lic.iur. B. _____ wird als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Ihm ist zu Lasten des Verwaltungsgerichts eine Entschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. MwSt und Spesen) zu entrichten.
4. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- sowie das Honorar von Fr. 1'800.-- für die unentgeltliche Rechtsverteidigung dem Gericht zurückzuerstatten, wenn sie dazu innert 10 Jahren seit Zustellung dieses Entscheides in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP).
5. 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).
6. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 8. August 2019

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: 29. August 2019