

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2019 83

## Entscheid vom 14. Februar 2020

---

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)

## **Sachverhalt:**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (geboren \_\_\_\_\_ 1958) reiste 1981 in die Schweiz ein, heiratete 1985 und ist Mutter von vier zwischenzeitlich erwachsenen Kindern (ein weiteres ist als Säugling verstorben; vgl. IV-act. 69-11/74). Vom 18. April bis 9. Mai 2000 hielt sie sich in der C. \_\_\_\_\_ (Klinik) auf; im Austrittsbericht wurde ein Fibromyalgiesyndrom mit chronischer panvertebraler Symptomatik diagnostiziert (IV-act. 4-5/12). Am 20. Oktober 2000 ging bei der IV-Stelle Schwyz eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen ein. Nach Abklärungen (mit Gutachten der D. \_\_\_\_\_ (Klinik) vom 1.11.2001, IV-act. 17) verfügte die IV-Stelle am 11. November 2002, dass der ermittelte IV-Grad 43% betrage und A. \_\_\_\_\_ mit Wirkung ab 1. Oktober 1999 Anspruch auf eine IV-Viertelsrente habe (zuzüglich Kinderrenten/ Zusatzrente für den Ehegatten, vgl. IV-act. 28-30). Zudem hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 6. Dezember 2002 fest, dass die Voraussetzungen zum Bezug einer halben Härtefall-Invalidenrente erfüllt seien (vgl. IV-act. 30-2/4 in fine).

**B.** Am 28. Januar 2003 meldete A. \_\_\_\_\_ der IV-Stelle eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes (IV-act. 33). Nach Abklärungen gelangte die IV-Stelle mit Verfügung vom 6. Februar 2004 zum Ergebnis, dass der ermittelte IV-Grad weiterhin 43% betrage. Am Schluss dieser Verfügung hielt die IV-Stelle fest, dass mit der 4. IV-Revision die halbe Härtefall-Invalidenrente aufgehoben worden sei und mithin Anspruch auf eine IV-Viertelsrente sowie Ergänzungsleistungen bestehe (vgl. IV-act. 38-2/4).

Am 7. Juli 2004 verfügte die IV-Stelle, dass die Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode (80% Erwerbstätigkeit/ 20% Haushalt) ermittelt werde und dass ab 1. Dezember 2003 Anspruch auf eine halbe IV-Rente und ab 1. Januar 2004 (bei einem IV-Grad von 61.8 bzw. 62%) Anspruch auf eine Dreiviertelsrente bestehe (vgl. IV-act. 43 und 44). Am 31. Mai 2006 teilte die IV-Stelle mit, dass die durchgeführte Überprüfung des IV-Grades keine Änderung ergeben habe und weiterhin eine Dreiviertelsrente gewährt werde (IV-act. 50). Seit 2009 ist A. \_\_\_\_\_ Schweizerin \_\_\_\_\_.

**C.** Im Rahmen einer weiteren Rentenrevision erteilte die IV-Stelle am 30. Juni 2009 der MEDAS E. \_\_\_\_\_ den Auftrag für eine interdisziplinäre Abklärung (IV-act. 65). Am 13. April 2010 erstattete die MEDAS E. \_\_\_\_\_ ein interdisziplinäres Gutachten, an welchem Dr.med. F. \_\_\_\_\_ (FMH Rheumatologie/ FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation), Dr.med. G. \_\_\_\_\_ (Fachärztin für Allgemeinmedizin/ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) sowie Dr.med. H. \_\_\_\_\_ (Chefarzt/ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/ Fo-

rensische Psychiatrie SGFP) mitwirkten (IV-act. 69-48/74; IV-act. 69-74/74). Am 22. November 2010 verfügte die IV-Stelle vorsorglich mit Wirkung ab 1. Dezember 2010 eine Herabsetzung der bisherigen Dreiviertelsrente auf eine halbe IV-Rente (IV-Grad von 55% nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs, vgl. IV-act. 76 bis 78). Dagegen opponierte A. \_\_\_\_\_ mit Eingaben vom 26. November 2010, vom 7. Dezember 2010 und vom 31. Dezember 2010 (vgl. IV-act. 83, 84 und 86). Mit Verfügung vom 14. Februar 2011 hielt die IV-Stelle an der Herabsetzung der Dreiviertelsrente auf eine halbe IV-Rente fest. Eine dagegen erhobene Beschwerde hat das Verwaltungsgericht mit Entscheid I 2011 47 vom 9. Juni 2011 abgewiesen (IV-act. 94).

**D.** Im Juni 2012 hatte die IV-Stelle A. \_\_\_\_\_ zu einem Gespräch eingeladen, welches eine Rentenrevision nach den Schlussbestimmungen zur Revision 6a des Invalidenversicherungsgesetzes betraf (vgl. IV-act. 103/ 104). In der Folge wurde eine Eingliederungsvereinbarung für einen Trainingsarbeitsplatz angeboten (IV-act. 111ff.). Am 31. August 2012 verfügte die IV-Stelle, dass im Zusammenhang mit einem Arbeitsversuch ab 17. September 2012 Anspruch auf Weiterausrichtung einer halben IV-Rente bestehe (IV-act. 118). Mit Verfügung vom 11. Oktober 2012 hat die IV-Stelle die halbe IV-Rente aufgehoben (IV-act. 122). Am 24. Januar 2013 teilte die IV-Stelle mit, dass die Kosten für die Verlängerung des Arbeitsversuches bei der Firma I. \_\_\_\_\_ AG übernommen werden (IV-act. 131). Am 29. Januar 2013 verfügte die IV-Stelle, dass ab 17. Januar 2013 bis zum 30. Juni 2013 Anspruch auf Weiterausrichtung einer halben IV-Rente bestehe, dass diese halbe IV-Rente ausgerichtet werde, wenn Massnahmen zur Wiedereingliederung durchgeführt würden und dass bei Abbruch der Massnahme die IV-Rente eingestellt werde (IV-act. 154). Mit Verfügung vom 23. Mai 2013 hat die IV-Stelle die Wiedereingliederungsmassnahme abgebrochen und die IV-Rente per 30. April 2013 eingestellt (IV-act. 138).

**E.** Mit Eingabe vom 6. Februar 2014 ersuchte A. \_\_\_\_\_ erneut um Gewährung von Eingliederungsmassnahmen (IV-act. 141). Am 10. April 2014 unterzeichnete sie eine Vereinbarung für einen Einsatz bei der Einrichtung J. \_\_\_\_\_ vom 5. Mai 2014 bis zum 30. November 2014 (IV-act. 149). Diesbezüglich erteilte die IV-Stelle eine bis 30. November 2014 befristete Kostengutsprache (IV-act. 153). Am 9. September 2014 bescheinigte Dr.med. K. \_\_\_\_\_, dass A. \_\_\_\_\_ am 8. August 2014 einen Unfall erlitten habe und deswegen ihr Arbeitspensum bis voraussichtlich Ende September 2014 nicht steigern könne (IV-act. 158). Per 30. November 2014 wurde die Eingliederungsmassnahme beendet (IV-act. 161-3/3 in fine).

**F.** In einer Anmeldung zur Früherfassung vom 27. Oktober 2015 wurden die gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit "Schulter/ Nacken/ Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, ganzer Rücken schmerzt" umschrieben (siehe IV-act. 162). Am 1. Februar 2016 meldete sich A.\_\_\_\_\_ zum Bezug einer Hilflosenentschädigung an (IV-act. 170). Mit Vorbescheid vom 19. April 2016 und Verfügung vom 24. Juni 2016 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (IV-act. 175/ 184). Am 10. Juni 2016 war bei der IV-Stelle eine Anmeldung zur Abklärung der beruflichen Integration und/oder eines Rentenanspruchs eingegangen (IV-act. 179). Am 31. Oktober 2016 wurde A.\_\_\_\_\_ von der U.\_\_\_\_\_ (Klinik) "wegen Depression bei Fibromyalgie zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Abklärung und Therapie" an Dr.med. L.\_\_\_\_\_ zugewiesen, welche in einem Bericht vom 6. Februar 2017 an die IV-Stelle eine "Fibromyalgie, rezidivierende, depressive Störung, mittelschwer bei leichter, beginnender Demenz (ICD10 F33.1103.03)" diagnostizierte (IV-act. 192-8/8). Die RAD-Ärztin W.\_\_\_\_\_ empfahl am 23. Februar 2017, Abklärungen bezüglich Demenz abzuwarten (IV-act. 193-5/5). In der Folge wurde A.\_\_\_\_\_ von der Hausärztin Dr.med. M.\_\_\_\_\_ zur Abklärung und Behandlung X.\_\_\_\_\_ zugewiesen, welcher am 8. September 2017 der IV-Stelle einen Bericht zukommen liess (IV-act. 198). Daraufhin empfahl der RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_\_ die Einholung eines interdisziplinären Gutachtens (IV-act. 200-5/5). Der Begutachtungsauftrag wurde Z.\_\_\_\_\_ zugelost (IV-act. 207), was der Versicherten mit den Namen der Gutachter bekanntgegeben wurde (IV-act. 211). Am 31. Dezember 2018 hat die Z.\_\_\_\_\_ -Gutachterstelle ein polydisziplinäres Gutachten erstattet (Eingang bei der IV-Stelle am 15.1.2019, IV-act. 217). Der RAD-Arzt Dr.med. N.\_\_\_\_\_ empfahl mit Bericht vom 4. April 2019, dass auf die Ergebnisse des Gutachtens abgestellt werden könne (IV-act. 223). Mit Vorbescheid vom 8. Mai 2019 kündigte die IV-Stelle an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 225). Dagegen opponierte der Rechtsvertreter der Versicherten in einer Eingabe vom 11. Juni 2019 (vgl. IV-act. 229). Am 18. September 2019 verfügte die IV-Stelle, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde.

**G.** Dagegen liess A.\_\_\_\_\_ rechtzeitig am 17. Oktober 2019 beim Verwaltungsgericht Beschwerde einreichen mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 18. September 2019 sei dahingehend abzuändern, dass der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente zusteht.
2. Eventualiter sei die Sache in Aufhebung der angefochtenen Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 18. September 2019 zu ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder das Gericht habe selber ergänzende Abklärungen vorzunehmen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Vernehmlassung vom 18. November 2019 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin. Mit Replik vom 22. November 2019 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen gemäss der Beschwerde fest. Die Duplik der IV-Stelle folgte am 17. Dezember 2019.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1** Nach Art. 4 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG; SR 831.20) in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung 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. Erwerbsun-

fähigkeit ist das Unvermögen, auf dem gesamten für die versicherte Person in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 25 Erw. 3d). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 Erw. 1b).

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

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

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

**1.5.3** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist mithin entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizi-

nischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a).

**1.5.4** In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall Gerichte nicht kompetent sind (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 (BGE 105 V 156 Erw. 1 S. 158 f.; BGE 132 V 93 Erw. 4).

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

**1.6** Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwal-

tungsrechtspflege des Bundes, 3. A. Rz. 153; Urteil 8C\_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 140 Erw. 5.3).

**2.1** Zur Klärung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Versicherten liess die IV-Stelle die Versicherte begutachten. An diesem interdisziplinären Gutachten vom 31. Dezember 2018 wirkten folgende Sachverständige der Z.\_\_\_\_\_ -Gutachterstelle mit (IV-act. 213-2/2 i.V.m. 217-2/138):

- Dr.med. O.\_\_\_\_\_ (Fachärztin für Allgem. Innere Medizin und Rheumatologie FMH/ Schmerzmedizin SSIPM/ Manuelle Medizin SAMM und Sonographie SGUM);
- Dr.med. P.\_\_\_\_\_ (HNO Facharzt/ Psychiatrie und Psychotherapie FMH/ zertif. medizinischer Gutachter SIM);
- Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ (Fachärztin für Neurologie/ zertif. medizinische Gutachterin SIM);
- Dr.med. AA.\_\_\_\_\_ (fallverantwortliche Oberärztin/ Fachärztin für Prävention und Gesundheitswesen FMH/ MAS Versicherungsmedizin/ Vertrauensärztin SGV);
- Prof. Dr.rer.nat. med.habil. Dipl.-Psych. AB.\_\_\_\_\_ (für eine neuropsychologische Abklärung).

**2.2** Diese MEDAS-Gutachter stellten im Rahmen der Konsensbeurteilung für das polydisziplinäre Gutachten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 217-7/138):

1. Fibromyalgie
  - Myalgiforme Beschwerden Schulter- und Beckengürtel
  - allgemein Symptome: Kopfschmerzen Schwindel Bauchweh, Reflux, Diarrhoe, Müdigkeit, Sicca-Symptomatik der Augen, augenärztlich bestätigt und Mund (subjektiv)
2. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
  - MRI LWS 26.06.2018: aktivierte Facettengelenksarthrosen, besonders im Segment L3/4 beidseits
3. St.n. Supraspinatussehnenruptur rechts
  - MRI 05.10.2015: SST-Ruptur transmural rechts
  - Status nach Rotatorenmanschettenoperation rechts 2003 bei damaliger Supraspinatussehnenruptur

**2.3** Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Sachverständigen der Z.\_\_\_\_\_ -Gutachterstelle was folgt aus (IV-act. 217-8/138):

1. V.a. reaktive Sakroilitis
  - leichte Sakroileitis beidseits, MRI 26.06.2018
  - periphere Gelenke: aktenanamnestisch Synovitiden MCP II bis IV beidseits linksbetont
  - HLA-B27-negativ, Rheumafaktor, Anti-CCP negativ
  - RF: rezidivierende Diarrhoen, häufige Infekte auch der oberen Luftwege (Chlamydien)

2. Coxarthrose rechts
3. St.n. CTS-Operation rechts, aktenanamnestisch ca. 2004
4. Aktenanamnestisch minimales CTS links, ED 12/2016
5. OU Keratokonjunktivitis sicca (trockenes Auge)
6. OU Pseudophakie

**2.4** Die funktionellen Auswirkungen der Befunde/ Diagnosen wurden von den MEDAS-Gutachtern wie folgt zusammengefasst (IV-act. 217-8/138, Ziff. 4.3):

Anamnestisch ist die Explorandin im Haushalt sehr eingeschränkt, so dass sie auf externe Hilfe durch die Familie (Töchter) vollständig angewiesen ist und keinerlei Tätigkeit mehr im Haushalt ausüben kann. Das berichtete Ausmass der Einschränkung ist somatisch nicht erklärbar, eine Selbstlimitierung muss angenommen werden. Die Explorandin präsentiert sich äusserst klagsam, wirkt schmerzfixiert mit starker Krankheitsüberzeugung und ausgesprochener Dekonditionierung. Durch die Familie wird sie komplett entlastet, der sekundäre Krankheitsgewinn ist sehr hoch. Bei Status nach Rotatorenmanschetten-Operation rechts 2003 mit Supraspinatus-Reruptur im 2015 bestehen Einschränkungen bei schwerem Heben und Überkopfarbeiten sowie Tätigkeiten in der Horizontalen.

Bei Fibromyalgie und chronischem lumbospondylogem Schmerzsyndrom sind Wechselbelastungen vorzuziehen. Selten Bücken oder vornübergeneigte Körperhaltung, selten notwendige Zwangspositionen.

**2.5** Sodann konnten die Gutachter bei der Versicherten keine Persönlichkeitsakzentuierung oder Persönlichkeitsstörung diagnostizieren. Bei der Explorandin bestehe eine starke Krankheitsüberzeugung und eine ausgesprochene Dekonditionierung (IV-act. 217-8/138, Ziff. 4.4). Hinsichtlich von Belastungsfaktoren und Ressourcen hielten die Gutachter was folgt fest (IV-act. 217-8/138, Ziff. 4.5):

Die Familie gäbe ihr Kraft, gibt sie an, andererseits raubt ihr in der Aussensicht die Familie auch jegliche Chance zu einer Verhaltensmodifikation und so zu einer Besserung des Zustandes. Soziale Ressourcen wie soziale Kontakte liegen vor, auch die finanzielle Situation ist nicht prekär, so dass durchaus Ressourcen vorliegen, die aber nicht adäquat genutzt werden.

**2.6** Im Rahmen der Konsistenzprüfung gelangten die Gutachter zum Ergebnis, dass die subjektive Krankheitsüberzeugung im Vordergrund stehe. Diese werde aufrechterhalten durch ein Helfersystem in der Familie. Nicht plausibel sei das gute Niveau im Alltag bezüglich der sozialen Integration einerseits und andererseits der starken Angabe von Symptomen. Bei dem anamnestisch niedrigen Alltags-Aktivitätsniveau spiele die Dekonditionierung, die hohe Krankheitsüberzeugung und das Helfersystem eine Rolle. Gemäss psychiatrischer Einschätzung ergäben sich Hinweise für eine Aggravation, was sich in der nachträglich triagierten neuropsychologischen Untersuchung nicht

bestätigt habe, da die Testergebnisse valide gewesen seien (IV-act. 217-9/138, Ziff. 4.6).

**2.7** Für die zuletzt (bis 1999) ausgeübte, als mindestens mittelschwer einzustufende Tätigkeit als Reinigungskraft und Aufräumerin verneinten die Gutachter eine Arbeitsfähigkeit, wobei diese Einschätzung auf der rheumatologischen Beurteilung basiere (IV-act. 217-9/138, Ziff. 4.7). Für eine angepasste Tätigkeit veranschlagten die Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 100%, sofern folgendes Belastungsprofil eingehalten werde (IV-act. 217-9/138, Ziff. 4.8):

Wechselbelastung, Bücken oder vornübergeneigte Körperhaltungen selten, selten notwendige Zwangspositionen, keine Überkopfarbeiten. Kein Tragen von Gewichten über 5 kg. Keine körperlich schweren oder überwiegend mittelschweren Tätigkeiten.

Den Verlauf der Arbeitsfähigkeit würdigten die Gutachter dahingehend, dass die Diagnosen Fibromyalgie und chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom langjährig vorbeschrieben seien, ebenso die Schulterbeschwerden rechts (vgl. IV-act. 217-9/138 mit Verweis auf den Bericht von Dr.med. R.\_\_\_\_\_, Rheumatologie U.\_\_\_\_\_(Klinik) vom 10.11.2015, IV-act. 165). Dr.med. R.\_\_\_\_\_ habe keine prozentuale Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit vorgenommen. Es sei davon auszugehen, dass die attestierte Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit seit mindestens 2015 gelte. In dem von der IV vermittelten Aufbautraining habe die Versicherte eine gute 50%ige Leistung gezeigt (Schlussbericht Integrationsmassnahme J.\_\_\_\_\_ 12/2014 = IV-act. 160-5/5), wobei eine weitere Steigerung nicht gelungen sei. Es sei davon auszugehen, dass dafür nicht-medizinische Gründe verantwortlich gewesen seien. Die von der Versicherten geltend gemachten Einschränkungen in sämtlichen Bereichen des Lebens, die Ende Februar 2016 zu einem Antrag auf Hilflosenentschädigung geführt hätten, seien nicht nachvollziehbar (IV-act. 217-9/138 Ziff. 4.8 in fine).

**3.** Die Vorinstanz stellte in ihrer Verfügung auf das Gutachten der Z.\_\_\_\_\_-Gutachterstelle ab und veranschlagte für adaptierte Tätigkeiten, welche auf das erwähnte Belastungsprofil Rücksicht nehmen, eine Arbeitsfähigkeit von 100%.

**3.1** In der vorliegenden Beschwerde (S. 6, Ziff. 23 mit Verweis auf IV-act. 198) wird u.a. vorgebracht, X.\_\_\_\_\_ habe im Bericht vom 8. September 2017 u.a. eine somatoforme Schmerzstörung mit depressiven Anteilen (ICD-10: F45.4), bestehend mindestens seit Februar 2003 diagnostiziert. Seit Beginn der Behand-

lung bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Bei der Beschwerdeführerin bestehe gemäss X. \_\_\_\_\_ und Aktenlage ein langjährig chronifiziertes Schmerzsyndrom, vermutlich auf dem Boden einer Fibromyalgie und muskuloskelettaler degenerativer Veränderungen. In den 20 Jahren dieser Schmerzentwicklung habe die Beschwerdeführerin offenbar begleitend eine depressive Symptomatik entwickelt, verbunden mit einem zunehmenden sozialen Rückzug. Eine antidepressive Medikation sei wegen Nebenwirkungen jeweils wieder abgesetzt worden bzw. sei wegen chronischer Magenbeschwerden nicht vertragen worden. Die im Februar 2017 durch Dr. L. \_\_\_\_\_ gestellte Verdachtsdiagnose einer Demenz sei (wegen der Sprachbarriere sowie fehlender Schulbildung) mit Vorbehalt zu sehen. Eine weiterführende Diagnostik müsste im Rahmen einer neurologischen Abklärung mittels cranialer Bildgebung, EEG und neurologischem Somatostatus durchgeführt werden. Gegebenenfalls sei eine Testung mittels \_\_\_\_\_ sprachiger Testmaterialien durch einen Muttersprachler wegweisender als die Durchführung eines Mini-Mental-Status bzw. CERAD auf Deutsch.

**3.2** Des Weiteren wird in der Beschwerde (Ziff. 26f.) geltend gemacht, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich verschlechtert, neu hinzugekommen sei insbesondere ein Morbus Bechterew. Bereits im Jahre 2014 sei bei der Einrichtung J. \_\_\_\_\_ lediglich noch eine Leistung von 50% möglich und eine weitere Steigerung unmöglich gewesen. Dabei seien entgegen der Auffassung der Z. \_\_\_\_\_-Gutachter sehr wohl medizinische Gründe massgebend. Dr.med. S. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, \_\_\_\_\_) habe in einem ausführlichen Bericht vom 25. September 2019 eine ankylosierende Spondylarthropathie (Morbus Bechterew) diagnostiziert. Sodann habe dieser Arzt u.a. kritisiert, dass die Z. \_\_\_\_\_-Gutachter die Diagnose des Morbus Bechterew unberücksichtigt gelassen bzw. angezweifelt hätten, indem sie die Diagnose lediglich unter der Rubrik "Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" aufgelistet hätten, obwohl es klare radiologische und klinische Befunde gebe. Die Diagnosekriterien der ASAS für die axialen sowie peripheren Spondylarthritiden aus dem Jahre 2011 sowie auch die ASA Kriterien für die rein axialen Spondylarthritiden aus dem Jahre 2009 könnten vollumfänglich erfüllt werden. Auch die im MRI nachgewiesene ISG Arthritis sei aufgrund international geltender Richtlinien beurteilt worden (ASAS Kriterien). Der betreffende Gutachter begründe sogar mit fehlenden Enthesitiden (Sehnenansatzentzündungen) das Hinterfragen der Diagnose, obwohl im MRI Befund vom 26. Juni 2018 eine bilaterale ISG-Arthritis mit Enthesitiden beschrieben worden sei. Sowohl die rheumatologischen Diagnosen für einen Morbus Bechterew als auch die radiologischen Kriterien (ASAS Kriterien), welche wissenschaftlich gut validiert seien, würden von der Beschwerdeführerin klar erfüllt. Für eine angepasste Tätig-

keit sehe Dr.med. S. \_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin mit Einbezug der Diagnose Morbus Bechterew in einer angepassten Tätigkeit, welche aber noch deutlich leichter beschrieben werden müsse, als zu maximal 30% arbeitsfähig.

**3.3** Unter Ziffer 30 der Beschwerde wird u.a. beanstandet, dass der begutachtende Psychiater fälschlicherweise von Aggravation ausgegangen sei, welcher Verdacht sich dann in der nachträglich triagierten neuropsychologischen Untersuchung nicht bestätigt habe. Dieser Gutachter stelle seinen Verdacht auf Aggravation in seinem Teilgutachten viel zu stark in den Vordergrund, obwohl er selber eingeräumt habe, die betreffenden Hinweise könnten abschliessend nicht eindeutig beurteilt werden. Dieser Gutachter verneine zu Unrecht jegliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in psychischer Hinsicht und lasse unberücksichtigt, dass X. \_\_\_\_\_ eine massive Einschränkung festgestellt habe. Sodann habe dieser Gutachter die Indikatoren nicht richtig geprüft. Aggravation könne nicht per se ein Ausschlussgrund sein, sondern müsse im Kontext von Schweregrad- und Konsistenzbeurteilung berücksichtigt werden.

Unter Ziffer 31 der Beschwerde wird auf das Ergebnis der neuropsychologischen Abklärung eingegangen (siehe nachfolgend Erwägung 4.2.4).

**4.1.1** Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung sind Administrativgutachten für das kantonale Gericht grundsätzlich verbindlich, sofern nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_776/2018 vom 9.5.2019 Erw. 5.1 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb S. 353; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 S. 470).

**4.1.2** Solche Zweifel am MEDAS-Gutachten vom 31. Dezember 2018 werden in der Beschwerdeschrift (S. 7, Ziff. 26) namentlich mit dem Einwand begründet: "Neu ist insbesondere der Morbus Bechterew". Des Weiteren wird in der Folge (unter Ziffer 27 und mit Verweis auf einen Bericht des Rheumatologen Dr.med. S. \_\_\_\_\_ vom 25.9.2019 = Bf-act. 3) eingewendet, dass die Gutachter "die Diagnose des Morbus Bechterew ausser Acht gelassen hätten". Dieser Argumentation der Beschwerdeführerin ist zunächst entgegenzuhalten, dass den MEDAS-Gutachtern sowohl zwei Berichte des gleichen Rheumatologen vom 6. und 26. Juli 2018 vorlagen, in welchen ein Morbus Bechterew thematisiert wurde (vgl. IV-act. 217-14/138 Mitte i.V.m. IV-act. 217-33/138 unten und 217-34/138 sowie IV-act. 217-50f./138 und IV-act. 217-47/138), als auch in weiteren den Gutachtern zur Verfügung stehenden Unterlagen von einem Morbus Bechterew die Rede war (vgl. IV-act. 217-41/138 unter Indikation; IV-act. 217-43/138, 2. Abs.; IV-act. 217-46/138). Ins Gewicht fällt namentlich, dass im rheumatologischen Teilgutachten expressis verbis geprüft und diskutiert wurde, ob bzw. wes-

halb "die Diagnosestellung einer axialen Spondylarthritis vom Typ M. Bechterew sehr ungewiss" sei (vgl. IV-act. 217-105/138). Sodann wurde in der vorinstanzlichen Vernehmlassung (S. 3) im Einzelnen sowie nachvollziehbar ausgeführt, aus welchen Gründen die Diagnose eines Morbus Bechterew im Gutachten nicht als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurde (namentlich unklare Symptomatik; fortgeschrittenes Alter; nur milder Ausprägungsgrad an den Iliosakralgelenken; fehlende weitere Ankylosierungszeichen im Achsenskelett; fehlende Entzündungszeichen im Achsenskelett). Den diesbezüglichen Ausführungen der Vorinstanz ist beizupflichten; es kann darauf verwiesen werden. Sodann ergab die Auswertung der Magnetresonanztomographie vom 26. Juni 2018, dass die bildgebenden Kriterien nach ASAS erfüllt waren, indessen das Ergebnis vom betreffenden Radiologen (Dr.med. T. \_\_\_\_\_) als "Zeichen einer leichten bilateralen ISG-Arthritis" beurteilt wurde (vgl. IV-act. 217-52/138). Dies wurde in der vorinstanzlichen Vernehmlassung überzeugend hervorgehoben. Soweit sich die Beschwerdeführerin in der Replik (S. 3) darauf beruft, dass die "hochspezifische Therapie mit einem Biologikum die ISG Arthritis im Verlauf MRI verbessert" habe, lässt sich grundsätzlich daraus nicht ableiten, dass im MEDAS-Gutachten die betreffende Diagnose zu Unrecht ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt wurde.

**4.2.1** Hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes der Versicherten fällt zunächst auf, dass die Versicherte im Rahmen des Explorationsgesprächs spontan keine psychischen Beschwerden angeben konnte und stattdessen ausführte, sie habe nie psychische Beschwerden gehabt (vgl. IV-act. 217-80/138).

**4.2.2** Im psychiatrischen Teilgutachten folgten nach den Befragungen zu den aktuellen Beschwerden (IV-act. 217-80/138), zur Krankheitsentwicklung (IV-act. 217-81/138), zum Tagesablauf und zu den Zukunftsvorstellungen (IV-act. 217-83/18) sowie nach den anamnestischen Erhebungen (IV-act. 217-81f./138) die Verhaltensbeobachtungen (IV-act. 217-84/138), die Untersuchungsbefunde (IV-act. 217-85ff./138), die Diagnosen sowie die versicherungsmedizinische Beurteilung (IV-act. 217-87ff./138). Im Rahmen dieser Beurteilung befasste sich der Gutachter unter anderem:

- mit dem Bericht des Psychiaters Dr.med. V. \_\_\_\_\_ aus dem Jahr 2000 (IV-act. 217-88/138 oben);
- damit, dass bis zum Jahr 2010 keine Hinweise auf eine regelmässige psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung vorliegen;
- dass im ersten MEDAS-Gutachten vom 13.04.2010 ein weitgehend unauffälliger psychischer Befundstatus festgestellt wurde und ausser Rebalance keine Einnahme psychiatrischer Medikamente aktenkundig war (IV-act. 217-88/138 unten);

- dass ein erster psychiatrischer Bericht nach der Begutachtung von 2010 erst am 6. Februar 2017 von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ erstattet wurde, welche eine seit Juli 2015 bestehende Fibromyalgie und eine rezidivierende depressive Störung seit 1999 diagnostizierte, was einer mittelgradig depressiven Episode entspreche, und zudem eine leichte beginnende Demenz seit 2016.

Hinsichtlich des zuletzt erwähnten Berichts kritisierte der psychiatrische Gutachter, dass diese Psychiaterin zwar eine rezidivierende depressive Störung seit 1999 diagnostizierte, indessen in den Akten zuvor nichts dergleichen diagnostiziert worden sei und im validen Gutachten aus dem Jahr 2010 das Vorbestehen einer solchen Diagnose widerlegt wurde. Selbst wenn es zwischen 2010 und 2017 depressive Phasen gegeben habe, sei der genannten Psychiaterin vorzuhalten, dass sie diese nicht erwähnt habe. Auch seien sie mutmasslich nur von geringer Schwere gewesen, denn Behandlungen habe es in diesem Zeitraum keine gegeben (vgl. IV-act. 217-89/138 unten).

Was den Bericht des X. \_\_\_\_\_ aus dem Jahr 2017 anbelangt, werde im nach der Kontrolle vom 6. September 2017 verfassten Bericht keine depressive Störung oder rezidivierend-depressive Störung, sondern eine somatoforme Schmerzstörung nach ICD-10 F45.4 diagnostiziert mit dem Zusatz "mit depressiven Anteilen mindestens seit 02/2003 sowie gemäss Vorberichten Fibromyalgie". Dabei handle es sich um keine Diagnose nach ICD 10, sondern eher um eine klinische Beobachtung "depressiver Anteile" unterhalb der Schwelle zu einer manifesten Depression. Gemäss diesem Bericht sei die Versicherte vom 7. April 2017 bis zur letzten Kontrolle vom 6. September 2017 in Behandlung gewesen (rund 1 Gespräch im Monat, vgl. IV-act. 217-90/138), mithin habe - abgesehen von der niederfrequenten Behandlung im Frühling/ Sommer 2017 - keine längerfristige psychiatrische Behandlung stattgefunden (IV-act. 217-91/138, 2. Abs.).

In einer zusammenfassenden Würdigung gelangte der psychiatrische Gutachter sinngemäss zum Ergebnis,

- dass bei der Versicherten die subjektive Krankheitsüberzeugung im Vordergrund stehe (IV-act. 217-92/138);
- dass der sekundäre Krankheitsgewinn im konkreten Fall sehr hoch ist, nachdem sich die Familie aufopfernd um die Versicherte kümmert;
- dass die stark betonten Symptome verglichen mit dem guten Niveau im Alltag hinsichtlich der sozialen Integration nicht plausibel seien;
- dass hinsichtlich des vorgebrachten niedrigen Alltags-Aktivitätsniveaus nicht psychiatrische Krankheitsfaktoren bedeutsam seien, sondern vielmehr Dekonditionierung, hohe Krankheitsüberzeugung und das familiäre Helfernetz;
- dass die Versicherte noch über Ressourcen verfüge, die sie nicht adäquat nutze (IV-act. 217-93/138 oben);
- und dass aus rein psychiatrischer Sicht die Versicherte in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei.

**4.2.3.1** Dieses zusammengefasst wiedergegebene psychiatrische Teilgutachten erweist sich als nachvollziehbar und beweiskräftig, auch wenn wünschbar gewesen wäre, dass der Gutachter expressiv verbis stärker auf die vom Bundesgericht entwickelte Indikatorenrechtsprechung eingegangen wäre. Dazu wird in der Vernehmlassung der Vorinstanz (unter Ziffer 6) überzeugend ergänzt, wie die Indikatorenprüfung im konkreten Fall zu verstehen ist. Es kann darauf verwiesen werden. Hervorzuheben sind an dieser Stelle insbesondere die als gute Ressource zu wertenden familiären Strukturen und der behandlungsanamnestisch nur geringe Leidensdruck der Versicherten. Sodann ist die gute soziale Einbettung durch "einen guten \_\_\_\_\_ Bekanntenkreis" zu erwähnen (vgl. IV-act. 217-81/138, unter "Selbstbeschreibung der Persönlichkeit").

**4.2.3.2** Und selbst wenn entgegen der Argumentation in Erwägung 4.2.3.1 (an welcher weiterhin festzuhalten ist) angenommen würde, dass die Indikatorenrechtsprechung im konkreten Fall unzureichende Anwendung gefunden hätte, erwiese es sich in Anbetracht des Umstandes, wonach die Versicherte bereits 61-jährig ist und bei Durchführung einer erneuten Begutachtung (mit ausführlicherer Behandlung der Indikatorenrechtsprechung) nahezu 62-jährig wäre, als wenig sinnvoll, zusätzliche medizinische Abklärungen vorzunehmen. Vielmehr wäre in diesem Fall der in Erwägung 5.5 schliesslich berücksichtigten vermittelnden Vergleichslösung Vorrang einzuräumen.

**4.2.4** Schliesslich ergab die neuropsychologische Zusatzabklärung unter anderem (vgl. IV-act. 217-125ff./138),

- dass die Versicherte im Untersuchungszeitpunkt bewusstseinsklar und in allen Qualitäten voll orientiert war;
- dass sie im Primärkontakt reaktionsprompt wirkte und im Primärkontakt nahezu jede vom Untersucher gestellte Frage verstand, indes in der Beantwortung sich oft auf die anwesende Dolmetscherin bezog;
- dass sie ihre Krankengeschichte in der chronologischen Abfolge der biographischen und sonstigen erfragten anamnestischen Details stringent wiedergeben konnte;
- dass sich keine Hinweise auf Wahrnehmungs- oder Denkstörungen im Sinne eines psychotisch gefärbten Zustandsbildes oder Zwangsgedanken finden liessen;
- dass keine für die neuropsychologische Untersuchung relevanten, körperlichen Merkmale oder Einschränkungen zu eruieren waren;
- dass hinsichtlich der verhaltensneurologischen Untersuchung sich verlangsamte, jedoch sichere Bewegungsabfolgen der alternierenden Hand-Faustschluss-Probe ergaben;
- dass sich eine korrekte Ausführung von sowohl einfachen als auch komplexen manomotorischen Bewegungsabfolgen ergaben;

- dass sich ein diskretes Suppressionsdefizit von nachahmenden Bewegungsabfolgen bei geforderter Gegenläufigkeit ergab;
- dass das Knüpfen eines Knotens auch ohne Augenkontrolle möglich war;
- dass keine anomischen Störungen auftraten;
- dass der Token Test bei einfachen Zeigefolgen unbeeinträchtigt war (diskrete Schwierigkeiten bei komplexen Zeigefolgen);
- dass das Erkennen komplexer Alltagssituationen ohne Fremdhinweise gelang;
- dass das Kopfrechnen im mehrstelligen Zahlenraum erschwert war und nur für 2 Grundrechenarten (+/-) im einstelligen Zahlenraum möglich war;
- dass im (in \_\_\_\_\_ Sprache durchgeführten) Mini-Mental-Status-Test die Versicherte ein unauffälliges Ergebnis erzielte (27);
- dass in der Aufmerksamkeitsprüfung (allgemeine Reaktionsbereitschaft) die Leistung der Versicherten für die tonische Aufmerksamkeitskomponente knapp unterdurchschnittlich ausfiel (es lasse sich eine über die Testreihen hinweg allmähliche Reaktionsverlangsamung zum Testende dokumentieren);
- dass bei der psychometrischen Erfassung der selektiven Aufmerksamkeit und Konzentrationsbelastungsfähigkeit die Versicherte ein knapp unterdurchschnittliches Ergebnis erzielte, bei hoher Fehlerzahl und grosser Leistungsschwankung;
- dass beim Trail-Making-Test (zur Erfassung der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit) das Ergebnis verglichen mit der Altersnorm unterdurchschnittlich ausfiel (wobei der Test aufgrund der Schwierigkeiten der Versicherten mit dem Zählen nur mit Hilfe des Untersuchers durchgeführt werden konnte);
- dass keine Beeinträchtigungen der Artikulation oder des basalen Sprachverständnisses feststellbar waren;
- dass beim klinischen Intelligenztest zur Überprüfung der verbalsemantischen und assoziativen sowie visuoperzeptiven und visuokonstruktiven, handlungs- und anschauungsgebundenen kognitiven Leistungsfähigkeit aufgrund der geringen Schulbildung der Versicherten nur die Untertests durchgeführt werden konnten, welche eine intellektuelle Leistungsfähigkeit im untersten Durchschnittsbereich ergaben; unter Einbezug weiterer Aspekte sei von einem knapp durchschnittlichen intellektuellen Leistungsvermögen auszugehen;
- dass die verbal-akustische Behaltensspanne im durchschnittlichen Bereich anzusiedeln war;
- dass die Arbeitsgedächtnisleistung knapp unterdurchschnittlich ausfiel;
- dass die Leistung der visuell-räumlichen Blockspanne durchschnittlich (innerhalb der Altersnorm) ausfiel;
- dass die Prüfung der verbalen Merk- und Lernfähigkeit knapp unterdurchschnittlich ausfiel;
- dass der Test zur Prüfung der visuoperzeptiven und visuokonstruktiven Fähigkeiten unauffällige Leistungen zeigte;
- dass beim Rey Complex-Figure-Test die Zeichnung insgesamt korrekt und weitgehend vollständig wiedergegeben wurde, indes die zeichnerische Abfolge der Einzelelemente wenig geplant war und die Ausführung der Details teilweise positionsinkorrekt und verzerrt ausfiel;

- dass die Versicherte beim Fatigue Severity Scale-Test (zur Erfassung der Beschwerden im Zusammenhang mit Angaben zur Müdigkeit) einen auffälligen Wert erzielte;
- dass beim Aggravations- und Simulationstest keine Hinweise auf testwertverfälschende Antworttendenzen festgestellt wurden;
- und dass insgesamt bei der altersentsprechend nur knapp durchschnittlich intelligent einzustufenden Versicherten klinisch als diskret zu bezeichnende Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit festgestellt werden konnten, wobei sich die neuropsychologischen Minderleistungen insbesondere auf Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen bezogen.

Abschliessend hielt die neuropsychologische Gutachterin fest (vgl. IV-act. 217-136f./138):

Gemeinsam mit dem Reaktionszeit-abhängigen Leistungsprofil bei Aufgaben zur Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit und vor dem Hintergrund der über den FSS-erhaltenen Kennwert zur Ermüdbarkeit kann das Defizitprofil mit hoher Wahrscheinlichkeit als neurokognitive Begleiterscheinung einer affektiven Störung interpretiert werden. Die anamnestisch beschriebenen Schwierigkeiten der Aufmerksamkeit und Konzentration sowie die erhöhte Ermüdbarkeit mit längerem Erholungsbedarf fügen sich ebenfalls in das Gesamtbild ein. Das Defizitprofil ist nicht mit der aktenanamnestisch geäusserten Verdachtsdiagnose einer beginnenden Demenz vereinbar. Klinisch ist auf neuropsychologischem Fachgebiet von einer insgesamt leichtestgradigen Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (Reinigungsdienst) aus rein neuropsychologischer Perspektive nicht rechtfertigt.

**4.2.5** Im Lichte all dieser Aspekte ist es unter Einbezug des Aktendossiers (und namentlich auch des ersten MEDAS-Gutachtens) nicht zu beanstanden, dass im zweiten MEDAS-Gutachten keine psychiatrische Diagnose mit relevanter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden ist. Im Übrigen vermögen psychosoziale und soziokulturelle Belastungen für sich allein keine IV-relevante invalidisierende Gesundheitsschädigung zu begründen (vgl. BGE 127 V 294 Erw. 5a S. 299).

**4.3** Damit hat die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung an sich zu Recht eine weitgehend erhaltene Arbeitsfähigkeit für angepasste leichte, wechselbelastende Tätigkeiten angenommen, auch wenn der behandelnde Arzt Dr.med. S.\_\_\_\_\_ weniger weit geht und diesbezüglich lediglich eine Arbeitsfähigkeit von maximal 30% attestiert (vgl. Bf-act. 3). Diesbezüglich ist auf die konstante Rechtsprechung zu verweisen, wonach aufgrund der unterschiedlichen Natur von Begutachtungs- und Behandlungsauftrag ein Administrativgutachten nicht allein deshalb in Frage zu stellen ist, weil die Gutachter zu einem anderen Ergebnis kommen als der behandelnde Arzt (siehe dazu die umfangreiche Rechtspre-

chung zur Beweismwürdigung von Berichten behandelnder Ärzte, namentlich BGE 125 V 353 und zahlreiche weitere Entscheide).

**5.1** Des Weiteren wird in der Beschwerde (Ziffer 32) geltend gemacht, dass die Struktur der Arbeitsplätze sich in den letzten Jahren erheblich verändert habe; bereits für Gesunde sei es äusserst schwierig geworden, eine sich auf einfache Tätigkeiten beschränkende Stelle zu finden. Vor allem für gering qualifizierte Personen, die einfache repetitive Tätigkeiten ausführen, sei die Arbeitsmarktlage derart kritisch, dass die Restarbeitsfähigkeit in der betreffenden Tätigkeit nicht mehr wirtschaftlich verwertbar sei, zumal auch das fortgeschrittene Alter dazu führe, dass die einer versicherten Person verbliebene Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt werde.

**5.2** Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist nach höchstrichterlicher Praxis anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs.1, Art. 16 ATSG; BGE 138 V 457 Erw. 3.1) praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vorneherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts 9C\_898/2017 vom 25.10.2018 Erw. 3.3).

Das fortgeschrittene Alter wird in der Rechtsprechung, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, als Kriterium anerkannt, das zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 Erw. 3.1 S. 459 f.; 107 V 17 Erw. 2c S. 21; Urteil des Bundesgerichts 8C\_892/2017 vom 23.8.2018 Erw. 3.2). Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Restarbeitsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze

Invalidenrente begründet (BGE 138 V 457 Erw. 3.1 S. 460; Urteil des Bundesgerichts 9C\_549/2018 vom 20.2.2019 Erw. 3.1.1). Grundsätzlich richtet sich der Zeitpunkt, in dem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, nach dem Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit. Diese gilt als ausgewiesen, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_759/2018 vom 13.6.2019 Erw. 7.1 mit Verweis auf BGE 138 V 457 Erw. 3.3 S. 461 f.).

**5.3** Diesbezüglich hat die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (Ziff. 9) u.a. vorgebracht, dass die im Zeitpunkt der Erstattung des Gutachtens 60-jährige Versicherte noch eine Restaktivitätsdauer bis zur ordentlichen Pensionierung von immerhin knapp vier Jahren aufgewiesen habe. Sie sei zwar sachlich eingeschränkt auf wechselbelastende Tätigkeiten (ohne Tragen von Gewichten über 5 kg, ohne Überkopfarbeiten), bei welchen Bücken oder vornübergeneigte Körperhaltungen sowie Zwangspositionen nur selten vorkommen dürfen. Auch mit den erwähnten Einschränkungen stehe ein vergleichsweise weites Spektrum zumutbarer Hilfstätigkeiten offen, zumal Hilfsarbeiten altersunabhängig nachgefragt werden. In Frage komme beispielsweise eine Arbeit im Bereich einfacher Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten, oder die Bedienung von automatischen oder halbautomatischen Maschinen oder Produktionseinheiten.

**5.4.1** Im konkreten Fall hat sich die Versicherte am 10. Juni 2016 und mithin im Alter von 57 Jahren erneut zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet (IV-act. 179). Zuvor hatte sie vom 5. Mai 2014 bis zum 30. November 2014 ein Aufbautraining bei der Einrichtung J.\_\_\_\_\_ absolviert, welches allgemeine Hauswirtschaftsarbeiten (Reinigungsarbeiten, einfache Küchenarbeiten, Herstellen von Stoff-Bodenschütze für Partygarnituren) umfasste (IV-act. 160-2/5). In dieser Zeit erreichte sie - abgesehen von entschuldigtem Absenzen - regelmässige Stundenleistungen von ca. 50% an 5 Tagen pro Woche, wobei öfters beobachtet wurde, dass sich ihr Arbeitstempo mit der Tagespräsenzzeit jeweils leicht verlangsamte (vgl. IV-act. 160-5/5, Ziff. 11). Sodann wurde im Schlussbericht vom 1. Dezember 2014 u.a. festgehalten, dass sich die Versicherte zu wenig zutraut und dass ihre Motivation nicht recht spürbar war (vgl. IV-act. 160-4/5 Mitte), was grundsätzlich darauf schliessen lässt, dass die Verantwortlichen der Einrichtung von der Versicherten eine Steigerung des Arbeitspensums erwartet bzw. als zumutbar betrachtet haben.

**5.4.2** Nach der Anmeldung zur Früherfassung vom 27. Oktober 2015 (IV-act. 162) fand am 17. Dezember 2015 ein Erstgespräch statt, anlässlich welchem die Versicherte geltend machte, seit Frühling 2015 habe sich die gesundheitliche Situation hinsichtlich Schulter und Arm verschlechtert, weshalb sie sich seither nicht mehr für Stellen bewerbe; sie fühle sich nicht mehr arbeitsfähig (IV-act. 167-2/5 unten). In der Folge meldete sich die Versicherte zunächst (anfangs Februar 2016) nicht für Rentenleistungen, sondern explizit für eine Hilflosenentschädigung an (IV-act. 170), was zur Folge hatte, dass die IV-Stelle bei der Hausärztin einen Bericht zur geltend gemachten Hilflosigkeit anforderte. In der Antwort (eingegangen am 5.4.2016) betonte Dr.med. M.\_\_\_\_\_, dass die Versicherte "keinesfalls hilflos" sei, weshalb der angeforderte Bericht ohne weitere Angaben retourniert wurde (vgl. IV-act. 173). Dies führte zum Vorbescheid vom 19. April 2016 und zur Verfügung vom 24. Juni 2016, wonach kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung bestehe (IV-act. 175 und 184).

**5.4.3** Nach der erneuten IV-Anmeldung vom 10. Juni 2016 (für eine Rente) empfahl die konsultierte RAD-Ärztin W.\_\_\_\_\_ am 20. September 2016 die Durchführung einer MEDAS-Begutachtung (IV-act. 188). Am 24. November 2016 teilte die Tochter der Versicherten im Rahmen eines Telefongesprächs mit, dass ihre Mutter in AC.\_\_\_\_\_ eine psychiatrische Behandlung bei Dr.med. L.\_\_\_\_\_ aufnehmen werde, worauf entschieden wurde, vor der MEDAS-Begutachtung einen Bericht dieser Psychiaterin abzuwarten (vgl. IV-act. 190). Am 9. Dezember 2016 teilte die Tochter mit, dass die erste Konsultation bei dieser Psychiaterin am 5. Dezember 2016 stattgefunden habe (vgl. IV-act. 191). Im Bericht vom 6. Februar 2017 an die IV-Stelle stellte diese Psychiaterin folgende Diagnose: "Fibromyalgie, rezidivierende, depressive Störung, mittelschwer bei leichter beginnender Demenz (ICD-10 F33.11.03.03)". Hinsichtlich der Medikation führte sie aus, sie dürfe gemäss Angaben der Hausärztin Dr.med. M.\_\_\_\_\_ keine Medikamente wegen eines nachgewiesenen, aber noch nicht behandelten Magengeschwürs verschreiben. Deshalb sei es ihr nicht möglich, die Versicherte seriös psychiatrisch mit Psychopharmaka zu behandeln. Eine Psychotherapie sei aus sprachlichen Gründen nicht möglich. Zu empfehlen sei die Überweisung an einen \_\_\_\_\_ sprechenden Psychiater. Zudem empfehle sie eine neurologische Abklärung der beginnenden Demenz (IV-act. 192-8/7).

**5.4.4** Zu diesen Angaben der erwähnten Psychiaterin äusserte sich die RAD-Ärztin W.\_\_\_\_\_ in einer Stellungnahme vom 23. Februar 2017 dahingehend, dass vorerst die Behandlung des Magengeschwürs, die Wirkung der Psychopharmaka und die (neurologischen) Abklärungen bezüglich Demenz

abzuwarten seien und erst dann eine MEDAS-Abklärung zu initiieren sei (IV-act. 193-5/5).

**5.4.5** Mit Schreiben vom 13. März 2017 erkundigte sich die IV-Stelle bei der Hausärztin nach den Ergebnissen einer Demenz-Abklärung (IV-act. 194). In der Antwort vom 26. März 2017 führte die Hausärztin sinngemäss aus, dass sie nichts von einer solchen Verdachtsdiagnose wisse und dass die Versicherte zwischenzeitlich den Psychiater gewechselt habe (neu X. \_\_\_\_\_), mithin dort ein Bericht anzufordern sei (IV-act. 195).

**5.4.6** Im Bericht des X. \_\_\_\_\_ vom 8. September 2017 (unterzeichnet von AD. \_\_\_\_\_ Pflegefachmann HF, eingesehen von der Chefärztin Dr.med. Y. \_\_\_\_\_) wurde u.a. festgehalten, dass die Verdachtsdiagnose einer Demenz (gestellt durch Dr.med. L. \_\_\_\_\_) mit Vorbehalt zu sehen sei, da eine erhebliche Sprachbarriere bestehe und aufgrund geringer Schulbildung mit den üblichen Testverfahren keine zuverlässigen Referenzwerte resultieren würden. Nach den bisherigen Terminen hätten sich in der Gesprächssituation keine Anhaltspunkte für eine funktionell relevante kognitive Beeinträchtigung im Alltag ergeben (IV-act. 198-5/6).

**5.4.7** In der Folge empfahl der neu beigezogene RAD-Arzt Dr.med. N. \_\_\_\_\_ am 8. Februar 2018 die Einholung eines MEDAS-Gutachtens (vgl. IV-act. 200-5/5), was entsprechend umgesetzt wurde und mit der Erstattung des Gutachtens vom 31. Dezember 2018 endete (IV-act. 217).

**5.5** Aus diesem vorstehend in den Erwägungen 5.4.1 bis 5.4.7 dargelegten Verlauf ist zu entnehmen, dass verschiedene Umstände die Einholung des hier massgebenden und grundsätzlich beweiskräftigen MEDAS-Gutachtens verzögerten (so namentlich das Intermezzo mit dem Gesuch um Gewährung einer Hilflosenentschädigung; die nicht bestätigte Verdachtsdiagnose einer beginnenden Demenz; die Aufnahme einer psychiatrischen Behandlung sowie der anschliessende Wechsel der behandelnden Fachperson; die lange Zeitdauer zwischen der Einreichung des X. \_\_\_\_\_-Berichts und der Beurteilung durch einen RAD-Arzt etc.). Mit anderen Worten wäre bei einem anderen Verlauf, bei welchem die angeführten Verzögerungen in erheblichem Masse entfallen wären, mit einer Erstattung des MEDAS-Gutachtens zu rechnen gewesen, als die Versicherte noch 58-jährig oder allenfalls höchstens 59-jährig gewesen wäre, was die Chancen für eine (theoretische) Anstellung auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verbessert hätte (da der aus psychologischer Sicht bedeutsame "Grenzwert von 60 Jahren" noch nicht erreicht gewesen wäre). Mit einem Alter im massgebenden Zeitpunkt von unter 60 Jahren muss der Argumentation der

Vorinstanz beigepllichtet werden, dass die gutachtlich ermittelte zumutbare Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch als verwertbar zu beurteilen ist. Anders verhält es sich indessen hier ab dem Alter von 60 Jahren, wobei diesbezüglich im konkreten Fall noch folgende Aspekte massgebend ins Gewicht fallen: Zum einen hat die Versicherte ab 1. Oktober 1999 über 13 Jahre lang IV-Rentenleistungen bezogen und davon mehr als die Hälfte (vom 1.1.2004 bis 30.11.2010) eine Dreiviertelrente (vgl. Ingress). Zum andern liegt die letzte ordentliche Erwerbstätigkeit der Versicherten auf dem ersten Arbeitsmarkt (bis 31.3.1999, vgl. IV-act. 6-1/4, Ziff. 1 und IV-act. 69-38/74 unten) vor Erstattung des MEDAS-Gutachtens (31.12.2018) nahezu 20 Jahre zurück. Anzuführen ist, dass das aktenkundige Arbeitstraining (ab Sept. 2012 bis April 2013, IV-act. 137; Mai 2014 bis Nov. 2014, IV-act. 160) nicht als ordentliche Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu qualifizieren ist. Wer aber - abgesehen von zwei befristeten Arbeitstrainings - seit rund 20 Jahren keine Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ausgeübt hat und in dieser Zeit während mehr als 13 Jahren IV-Rentenleistungen bezogen hat, kann realistischerweise im Alter von 60 Jahren auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich nicht mehr mit einer Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt rechnen, zumal wenn gemäss dem beweiskräftigen MEDAS-Gutachten die früher hauptsächlich ausgeführten Reinigungsarbeiten nicht mehr zumutbar sind (IV-act. 217-9/138 Ziff. 4.7). Zusammengefasst bedeutet dies, dass im konkreten Fall nach Erreichen des 60. Altersjahres (28.12.2018) eine Verwertbarkeit der dargelegten Arbeitsfähigkeit zu verneinen ist, derweil für die Zeitspanne zuvor dies nach dem Gesagten gegenteilig zu beurteilen ist. An dieser Stelle ist nicht zu verschweigen, dass das vorliegende Ergebnis auch Züge einer vermittelnden Vergleichslösung aufweist, welche den Besonderheiten des konkreten Einzelfalles und damit letztlich auch einer Einzelfallgerechtigkeit Rechnung trägt. Ergänzend ist festzuhalten, dass für die Zeitspanne vor Erreichen des 60igsten Altersjahres der in der angefochtenen Verfügung enthaltene Einkommensvergleich zu einem nicht rentenbegründenden IV-Grad führt. Dies trifft auch dann zu, wenn anstelle des in der Hauptbegründung berücksichtigten leidensbedingten Abzuges von 10% im Eventualstandpunkt ein solcher von 20% Anwendung fände.

**6.** Aus all diesen Gründen ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als im konkreten Fall mit dem Erreichen des 60igsten Altersjahres keine Verwertbarkeit der dargelegten Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mehr anzunehmen ist, mithin ab 1. Januar 2019 ein Anspruch auf eine ganze IV-Rente zu gewähren ist. Soweit die Beschwerdeführerin für den Zeitraum vor dem 1. Januar 2019 Rentenleistungen beantragt, ist die Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

7. Diesem Obsiegen entsprechend gehen die Verfahrenskosten zulasten der Vorinstanz. Zudem hat die Vorinstanz der beanwalteten Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung zu entrichten. Für die Höhe der Entschädigung ist auf den kantonalen Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) abzustellen, welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht. Nach § 2 GebTRA werden als Bemessungskriterien insbesondere die Wichtigkeit der Streitsache, ihre Schwierigkeit, der Umfang und die Art der Arbeitsleistung sowie der notwendige Zeitaufwand berücksichtigt. Zusammenfassend ist die Parteientschädigung auf insgesamt Fr. 2'800.-- zu veranschlagen (inkl. MwSt und Auslagen).

**Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird insoweit im Sinne der Erwägungen gutgeheissen, als der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Januar 2019 eine ganze IV-Rente zugesprochen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Vorinstanz auferlegt. Dies wird zahlungsverkehrsmässig so umgesetzt, dass das Gericht den von der Beschwerdeführerin einbezahlten Kostenvorschuss von Fr. 500.-- einbehält und die Vorinstanz dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin noch Fr. 500.-- zu bezahlen hat.
3. Für das vorliegende Obsiegen wird der beanwalteten Beschwerdeführerin zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.-- 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).
5. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 14. Februar 2020

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

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

Versand: 27. Februar 2020