

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2019 91

Entscheid vom 14. Februar 2020

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
lic.iur. Josef Mathis, Gerichtsschreiber

Parteien

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

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. 1966, verheiratet, Mutter von 6 erwachsenen Kindern) arbeitete von April 2007 bis Dezember 2009 im Rahmen einer Teilzeitbeschäftigung als Raumpflegerin für die Firma C._____AG sowie bis März 2013 für die D._____AG sowie als Hauswartin bis Mai 2013 für eine Eigentümergemeinschaft in Schübelbach (vgl. IV-act. 8 und 15-3/10, Ziff. 3.2). Zeitweise bezog sie auch Leistungen der Arbeitslosenversicherung (IV-act. 5). Am 24. Mai 2014 unterzeichnete sie eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen, ohne die gesundheitlichen Beeinträchtigungen näher zu umschreiben (IV-act. 1).

B. Nach Abklärungen (inkl. Haushalt-Abklärung, IV-act. 15) gelangte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 8. Januar 2015 (IV-act. 19) sowie mit Verfügung vom 24. Februar 2015 (IV-act. 20) zum Ergebnis, dass kein rentenbegründender IV-Grad erreicht werde. Eine dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Verwaltungsgericht mit Entscheid VGE I 2015 36 vom 15. Juli 2015 insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zur Vornahme einer psychiatrischen Zusatzabklärung an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde (IV-act. 31).

C. Nach Eingang von medizinischen Unterlagen (IV-act. 34) empfahl der RAD-Arzt Dr.med. E._____ (Allgemeinmedizin FMH) am 9. Dezember 2015 die Einholung eines interdisziplinären Gutachtens (IV-act. 35). Der Begutachtungsauftrag wurde der Gutachterstelle "F._____" zugestellt, worüber mit Schreiben vom 19. bzw. 23. August 2016 informiert wurde (IV-act. 42 bis 46). Dieses Gutachten wurde am 5. Dezember 2016 erstattet (IV-act. 47). Dazu nahm der RAD-Arzt G._____ (Facharzt Allg. Innere Medizin) am 12. Januar 2017 und für den psychiatrischen Teil die RAD-Psychiaterin Dr.med. univ. Dr.phil. H._____ am 13. Januar 2017 Stellung (vgl. IV-act. 48-5ff./8). Die RAD-Psychiaterin riet zu Rückfragen bei der Gutachterstelle (IV-act. 48-5/8), welche am 23. Januar 2017 zugestellt wurden (IV-act. 49). Nach der Antwort vom 29. Januar 2017 (IV-act. 50) empfahl die RAD-Psychiaterin eine ergänzende Rückfrage (IV-act. 51), welche der Gutachterstelle am 5. Mai 2017 unterbreitet und am 29. Mai 2017 beantwortet wurde (IV-act. 52, 53). In einer Beurteilung vom 11. August 2017 gelangte die RAD-Psychiaterin zum Ergebnis, dass das Gutachten vom 5. Dezember 2016 untauglich und deswegen eine neue polydisziplinäre Begutachtung zu veranlassen sei (IV-act. 54). Am 20. März 2018 informierte die IV-Stelle den Rechtsvertreter von A._____ über die Durchführung einer weiteren Begutachtung (IV-act. 56).

D. Der neue Begutachtungsauftrag wurde der MEDAS I. _____ zugestellt (IV-act. 71). Mit Schreiben vom 13. Juni 2018 gab die IV-Stelle A. _____ Gelegenheit, sich zur Begutachtung durch die namentlich erwähnten Gutachter zu äussern. Dabei wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Gutachter deutschsprachig seien und der Gutachterstelle frühzeitig zu melden sei, wenn ein Dolmetscher benötigt werde (IV-act. 77). Innert zweimal erstreckter Frist liess sich der Rechtsvertreter nicht vernehmen (IV-act. 78-81). Am 17. Juli 2018 teilte die Gutachterstelle der IV-Stelle telefonisch mit, dass die Versicherte für die erste Untersuchung termingerecht erschienen sei, indes habe sie die Fragen der Gutachterin jeweils mit "sie verstehe nichts" oder mit "Schulterzucken" beantwortet (IV-act. 81). In der Folge musste die Untersuchung unter Beizug eines Dolmetschers wiederholt werden, wobei aus organisatorischen Gründen die ursprüngliche Sachverständige für den Bereich Allg. Innere Medizin durch einen anderen Internisten abgelöst wurde (IV-act. 82, 83). Am 18. Februar 2019 erstattete die MEDAS I. _____ der IV-Stelle ihr interdisziplinäres Gutachten (IV-act. 86).

E. In einer Stellungnahme vom 4. März 2019 gelangte der RAD-Psychiater Dr.med. J. _____ zum Ergebnis, dass auf das betreffende Gutachten abgestellt werden könne (IV-act. 89). Daraufhin kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 26. März 2019 an, das Leistungsbegehren werde abgewiesen (IV-act. 91). Dagegen opponierte der Rechtsvertreter in einer Eingabe vom 7. Mai 2019 unter Beilage eines Berichts des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie FMH K. _____ vom 3. Mai 2019 (IV-act. 94). Diese Einwände wurden mit Schreiben vom 13. Juni 2019 den MEDAS-Gutachtern vorgelegt (IV-act. 96), welche sich in einer Stellungnahme vom 8. Oktober 2019 äusserten (IV-act. 99).

F. Am 17. Oktober 2019 verfügte die IV-Stelle, es sei der Anspruch auf eine IV-Rente geprüft worden und es werde das Leistungsbegehren abgewiesen. Gegen diese am 22. Oktober 2019 eingegangene Verfügung liess A. _____ rechtzeitig am 21. November 2019 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Beschwerdeführerin sei ab November 2014 eine halbe und ab Juli 2016 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.
2. Zur Abklärung des Anspruchs auf Hilflosenentschädigung, eventualiter auch zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen im Hinblick auf den Anspruch auf eine Invalidenrente, sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.
4. Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Prozessführung und in der Person des Unterzeichneten die unentgeltliche Rechtsverbeiständung zu bewilligen.

G. Mit Vernehmlassung vom 8. Januar 2020 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zulasten der Beschwerdeführerin.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (siehe BGE 125 V 414 Erw. 1a mit u.a. Verweis auf BGE 119 Ib 36 Erw. 1b). Diesbezüglich wird in der kantonalen Rechtsprechung festgehalten, dass nach konstanter Praxis der Umfang der Tätigkeit des Verwaltungsgerichts als Beschwerdeinstanz durch den Anfechtungsgegenstand abgegrenzt wird. Es kann nur das Gegenstand des Beschwerdeverfahrens sein, was auch Gegenstand der zugrundeliegenden Verfügung war bzw. nach richtiger Gesetzesauslegung hätte sein müssen (VGE I 2015 77 vom 14.10.2015 mit Hinweisen). Fehlt eine Sachurteilsvoraussetzung, trifft nach § 27 Abs. 1 und 2 des kantonalen Verwaltungsrechtspflegegesetzes (VRP, SRSZ 234.110) in Verbindung mit Art. 61 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) das Gericht einen Nichteintretensentscheid.

1.2 Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 17. Oktober 2019. Diese Verfügung enthält die fett gedruckte Überschrift "Kein Rentenanspruch" und beginnt mit der folgenden Einleitung: "Wir haben den Anspruch auf eine Invalidenrente geprüft". Als Ergebnis wird in dieser Verfügung ein Rentenanspruch verneint. Dass die IV-Stelle mit der genannten Verfügung zusätzlich noch einen (allfälligen) Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung geprüft und verneint hat, ist dieser Verfügung auch nicht ansatzweise zu entnehmen (siehe fett gedruckte Überschrift und Einleitungssatz). Bei dieser Sachlage verhält es sich so, dass die IV-Stelle über die Fragestellung, ob die Versicherte hilflos im Sinne des IVG ist und ob ihr diesbezüglich ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (leichten bis schweren Grades) zusteht, noch keine Verfügung erlassen hat, weshalb darauf im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht einzutreten ist.

2.1 Welche Bestimmungen und Regelungen für einen IV-Rentenanspruch von Bedeutung sind, dies wurde bereits im ersten Gerichtsentscheid im Einzelnen dargelegt. Es kann darauf verwiesen werden (vgl. IV-act. 31). Als Invalidität gilt

die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20 i.V.m. Art. 8 ATSG). 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 Im ersten Gerichtsentscheid wurden auch der Untersuchungsgrundsatz sowie die Aspekte der Beweiswürdigung detailliert dargelegt, weshalb diese Ausführungen hier nicht nochmals zu wiederholen sind. Ergänzend ist anzufügen, dass in der Rechtsprechung die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden sind: 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_437/2012 vom 6.11.2012 Erw. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. 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).

2.3 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.).

3. In der Beschwerde wird (unter Ziffer 3) vorab eine Verletzung des rechtlichen Gehörs gerügt, indem die IV-Stelle vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. Oktober 2019 die Stellungnahme der MEDAS-Gutachter vom 8. Oktober 2019 (= IV-act. 99) nicht zur Kenntnisnahme zugestellt habe. Nachdem die Gutachter in dieser Stellungnahme an der im Gutachten vom 18. Februar 2019 enthaltenen diagnostischen Einschätzung und den interdisziplinären Empfehlungen festgehalten haben (mithin diesbezüglich keine neuen entscheiderelevanten Gesichtspunkte vorliegen) und das entsprechende Gutachten der Versicherten vorgängig zugestellt wurde, ist fraglich, ob im vorinstanzlichen Vorgehen eine relevante Gehörsverletzung zu erblicken wäre, zumal in der angefochtenen Verfügung (kurz) begründet wurde, weshalb ungeachtet der Einwände des Versicherten am im Vorbescheid angekündigten Ergebnis festgehalten werde. Diese Fragestellung kann indessen hier offen bleiben. Denn selbst wenn eine relevante Gehörsverletzung vorläge, wäre der Argumentation in der vorinstanzlichen Vernehmlassung zu folgen, wonach dieser Mangel zwischenzeitlich geheilt worden ist. Abgesehen davon würde eine Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf führen, wie in der Vernehmlassung der Vorinstanz zutreffend betont wurde.

4.1 Die medizinische Ausgangslage wurde im Gerichtsentscheid vom 15. Juli 2015 u.a. wie folgt zusammengefasst (nachfolgend gekürzt; die ungekürzte Fassung ist in IV-act. 31-6ff./13 enthalten):

2.1 Den vorinstanzlichen Akten ist u.a. zu entnehmen, dass Dr.med. L. _____ (Facharzt FMH für Kardiologie und Innere Medizin) die Versicherte am 18. Oktober 2012 untersuchte und am Folgetag in seinem Bericht an den Hausarzt Dr.med. M. _____ (Allg. Medizin FMH) folgende Diagnosen stellte:

- Hypertensive Herzkrankheit
 - Tachykardes (paroxysmales?) Vorhofflimmern
 - Diffus leicht eingeschränkte systolische Funktion des nicht dilatierten oder hypertrophen linken Ventrikels, EF 50%, LVMMI 103 gr/m²
 - Begleitkoronarsklerose möglich
 - NYHA II
 - Euthyreose
 - Metabolisches Syndrom
 - Arterielle Hypertonie
 - NIDDM
 - Dyslipidämie
 - Adipositas
 - Keine Mikroalbuminurie
 - CHA₂DS₂-VASc-Score:3
- (...)

Unter kontinuierlicher fachärztlicher (insbesondere kardiologischer) und hausärztlicher Behandlung sowie Betreuung verbesserte sich der somatische Gesundheitszustand der polymorbiden Beschwerdeführerin zwischen 2012 und 2014 zusehends. Als Resultat dieser Behandlungen ist festzuhalten (vgl. zit. VGE, Erw. 2.7 = IV-act. 31-10/13):

2.7 Dr.med. N._____ (Facharzt FMH für Kardiologie) untersuchte die Versicherte am 29. September 2014. Im Bericht vom 30. September 2014 an den Hausarzt diagnostizierte er einen Status nach persistierendem Vorhofflimmern und Flattern. Als aktuelles Leiden beschrieb die Versicherte dem untersuchenden Arzt "diffuse Schmerzen am ganzen Körper (Füsse, Arme, Hände, Rücken, Thorax, Kopf" (...). Seine Beurteilung fasste Dr.med. N._____ wie folgt zusammen (...):

Bei St.n. wiederholter Katheter-technischer Behandlung des Vorhofflimmerns zeigt sich kardial objektiv ein sehr schöner Verlauf. Die Rhythmusstörung ist nicht mehr nachweisbar und der Blutdruck ist mit der aktuellen Medikation sehr gut eingestellt.

Frau A. ist kardial kompensiert, der linke Ventrikel ist normal gross und arbeitet einwandfrei. Entsprechend ist auch der Belastungstest bei immerhin erreichten 116 Watt unauffällig. Die Leistung ist dabei klar besser als früher (2012 90 Watt, 2013 76 Watt, 1/2015 81 Watt).

Die Symptomatik dürfte doch zum grossen Teil auch funktionell, bzw. durch Dekonditionierung und fehlendem Vertrauen in den eigenen Körper bedingt sein. Gut möglich, dass auch eine Depression mitspielt.

Die fehlende Bewegung führt zur Abnahme der Leistungsfähigkeit was wiederum die Motivation zur Bewegung reduziert.

Ich habe der Patientin empfohlen, dass sie sich regelmässig mehr bewegt, Spaziergänge unternimmt und in die Natur geht. Ich hoffe, sie kann sich dazu überwinden.

Im Bericht vom 14. Oktober 2014 an die IV-Stelle erachtete Dr.med. N._____ aus kardiologischer Sicht eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfange von "ca. 60-80% bei tiefer Belastung" als zumutbar (...).

Die IV-Stelle übernahm die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Dr. N._____, berechnete nach der gemischten Methode (Erwerbstätigkeit 55%/Haushaltstätigkeit 45%) einen IV-Grad von 2% und verfügte am 24. Februar 2015, dass das Rentenbegehren abgewiesen werde (vgl. IV-act. 20).

4.2 Im Rahmen der psychiatrischen Zusatzabklärung stellte Dipl. Arzt K._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH), welcher die Versicherte seit 16. September 2015 behandelte, in einem bei der IV-Stelle am 21. April 2016 eingegangenen Bericht folgende Diagnosen (IV-act. 38-1/7, Ziff. 1.1):

Schwere Depression (ICD-10: F32.2) mit posttraumatischer Genese
DD: Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10F F43.1)
diverse somatische Diagnosen (siehe internistische/ kardiologische Befunde)

Zu den Auswirkungen äusserte sich der behandelnde Psychiater dahingehend, dass Belastbarkeit, Durchhaltevermögen, Konzentrations- und Anpassungsfähigkeit der Versicherten vermindert seien (Unfallgefahr); es trete

eine Erschöpfung schon nach geringer Anstrengung auf. Tätigkeiten im Beruf und Haushalt könnten nicht oder sehr unzureichend ausgeführt werden (IV-act. 38-3/7, Ziff. 1.7). Insgesamt erachtete er für seine Patientin weder die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit als zumutbar (IV-act. 38-2/7 unten).

4.3 Dem Gutachten der F._____ vom 5. Dezember 2016, an welchem Dr.med. O._____ (Facharzt für Allgem. Innere Medizin/ Facharzt für Kardiologie) sowie Dr.med. P._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH/ zertif. med. Gutachter SIM) mitwirkten, sind u.a. folgenden Angaben zu entnehmen:

4.3.1 Diagnosen aus polydisziplinärer Sicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 47-41/52):

1.1.1 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2)

1.1.2 Z.n. persistierendem Vorhofflimmern/ Vorhofflattern

- ED 18.10.2012
- Radiofrequenzablation mit Isolation aller Pulmonalvenen 18.04.2013
- Re-Isolation der Pulmonalvenen und Blockade am cavotrikuspidalen Isthmus nach Rezidiv des Vorhofflimmer/flatterns 28.05.2013
- stabiler Sinusrhythmus seit 28.05.2013
- Angiographischer Ausschluss einer stenosierenden Koronarkrankheit (02/2013)
- Echokardiographisch normale Dimensionen und normale systolische Funktion des linken Ventrikels

Dazu wurde u.a. festgehalten, dass aus kardiologischer Sicht seit dem 25. Juni 2013 bis auf Weiteres volle Arbeitsfähigkeit bestehe (IV-act. 47-23/52, Ziff. 6.1).

4.3.2 Diagnosen aus polydisziplinärer Sicht ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 47-41f./52):

1.2.1 Arterielle Hypertonie

1.2.2 Diabetes mellitus Typ 2

1.2.3 Adipositas Grad 1, BMI 31,4

1.2.4 Dekonditionierung

4.3.3 Aus versicherungsmedizinischer Sicht wurde u.a. festgehalten, dass keine relevanten Funktionseinschränkungen auf allgemeinmedizinisch-internistischem Gebiet bestehen würden (IV-act. 47-13/52, Ziff. 5.3).

Aus kardiologischer Sicht wurde u.a. festgehalten, dass seit dem 25. Juni 2013 bis auf Weiteres eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe (IV-act. 47-23/52, Ziff. 6.1 in fine).

In seiner Beurteilung führte der begutachtende Psychiater u.a. aus (IV-act. 47-36f./52):

(...) Für eine posttraumatische Genese oder eine posttraumatische Belastungsstörung findet sich kein Anhalt.

Die Symptomatik ist zu gravierend und zu langandauernd, um die Diagnose einer Dysthymia oder Cyclothymia stellen zu können.

Die kognitiven Defizite sind als depressive Pseudodemenz im Rahmen der hochgradigen Regression zu verstehen, für einen demenziellen Prozess ergibt sich kein Hinweis.

Es findet sich eine übertriebene, dramatische oder theatralische Wirkung des Vorbringens der Klagen, das Vorbringen der Klagen lässt beim Gutachter nicht nur ein Gefühl des Betroffenseins entstehen, sondern auch ein Gefühl des Unechten, der Nichteinfühlbarkeit und Nichtverstehbarkeit. Die Symptombeschreibung ist undifferenziert, global und plakativ mit stereotyper Symptomdarstellung. Mangelnde Leistungsbereitschaft und Selbstlimitierung sind anzunehmen. Diese Beobachtungen sind als Aggravationshinweise zu werten, in diesem Fall findet die Aggravation weitgehend unbewusst statt, wie es für schwere depressive Störungen mit regressiver Tendenz typisch ist.

(...)

Die wirtschaftliche Situation, mangelnde Sprachkenntnisse, das niedrige Bildungsniveau, psychosoziale Belastungen und die regressive Haltung sind invaliditätsfremde Faktoren, welche per se nicht zu Krankheit und Arbeitsunfähigkeit führen.

(...)

Die bisherige psychiatrische Therapie ist nicht leitliniengerecht, eine intensivierte psychiatrische Behandlung gegebenenfalls mit medikamentöser Umstellung und/oder Kombinationstherapie inklusive einer Kontrolle der Serumspiegel ist erfolgversprechend und medizinisch zumutbar. Weiterhin ist eine höherfrequente psychiatrische Konsultation erforderlich.

(...)

Die nicht nachweisbaren Medikamentenspiegel im Serum sind ein Anhalt für eine verminderte Therapieadhärenz.

(...)

Die gutachterliche Konsistenzprüfung ergab Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen: Es bestehen

- Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden.
- Diskrepanzen zwischen den zeitnah zur Untersuchung als eingenommen angegebenen Medikamente und deren Nachweis im Blutserum.

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führte der begutachtende Psychiater aus (vgl. IV-act. 47-40/52, Ziff. 6):

Sämtliche Bewertungen in diesem Gutachten im Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit geschehen auf medizinisch-theoretischer Grundlage und implizieren keinesfalls rechtliche Aspekte. Bei der aktuellen Bewertung der beruflichen Leistungsfähigkeit handelt es sich um eine Bewertung unter der Beachtung der aktuellen bundesgerichtlichen Vorgaben und der Leitlinien für Gutachter. Es ist darauf hinzuweisen, dass in meiner Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit im IV-relevanten Sinne soziokulturelle und psychosoziale Faktoren (wie zum Beispiel Alter und Geschlecht, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten) ausgeschlossen werden. Unter Beachtung der obigen Vorgaben liegt bei dem Exploranden (recte: bei der Explorandin) keine psychiatrische Erkrankung vor, die geeignet wäre, das positive Leistungsbild des Versicherten (recte: der Versicherten) im IV-relevanten Sinne mittel- und längerfristig zu mindern. Diese Feststellung gilt zumindest ab dem Begutachtungstermin.

Ungeachtet dieser vorstehenden Ausführungen gelangte der psychiatrische Gutachter zum (widersprüchlichen) Ergebnis, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der angestammten sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit von März 2013 bis März 2016 50% betrage sowie ab April 2016 (Untersuchungstermin) bis auf weiteres auf 0% zu veranschlagen sei (vgl. IV-act. 47-41/52 oben).

4.3.4 Die gleiche Arbeits(un)fähigkeitsbeurteilung (mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit ab Begutachtungszeitpunkt) wurde dann im polydisziplinären Konsensus übernommen (vgl. IV-act. 47-44/52).

4.4.1 Am 13. Januar 2017 nahm die RAD-Psychiaterin Dr.med. univ. Dr.phil. H._____ u.a. wie folgt zum eingeholten interdisziplinären Gutachten Stellung (vgl. IV-act. 48-5/8):

Im psychiatrischen Gutachten von Herrn Dr. P._____ (05.12.2016) lassen sich zahlreiche Hinweise auf fachliche Mängel finden. Die Krankheitsentwicklung wird mit gerade mal 7 Zeilen abgehandelt, die biographische Anamnese mit 9 Zeilen. Die 'detaillierte Beschreibung der letzten Arbeitsstelle' (Überschrift im GA) umfasst 10 Wörter.

Es finden sich zahlreiche Hinweise auf Aggravation/ Simulation, es werden massive kognitive Störungen geschildert ('ich vergesse alles'). Es werden typische, bei Aggravierenden/ Simulanten häufig anzutreffende Verhaltensauffälligkeiten geschildert. (...)

In einem solchen Fall ist die Durchführung einer besonderen Malingering-Diagnostik angezeigt (...).

Im Ergebnis schlug die RAD-Psychiaterin vor, der Gutachterstelle verschiedene Fragen zu unterbreiten, was am 23. Januar 2017 umgesetzt wurde (IV-act. 49).

4.4.2 In der Antwort vom 29. Januar 2017 machte der psychiatrische Gutachter u.a. geltend, dass Malingering (nach DSM - 5 V65.2) nicht zu klassifizieren gewesen sei, weil diese Kodierung voraussetze, dass eine bewusste Vortäuschung falscher Tatsachen vorliege. Dies sei bei der Versicherten nicht der Fall gewesen, vielmehr finde bei der Versicherten die Aggravation weitgehend unbewusst statt, wie es für schwere depressive Störungen mit regressiver Tendenz typisch sei (IV-act. 50-1/3). Sodann führte der Gutachter u.a. sinngemäss aus, dass das international übliche Standardverfahren zur Aggravationsdiagnostik (Kriterien von Slick, Shermann und Iverson) deshalb nicht angewendet worden sei, weil es dabei um ein neuropsychologisches Diagnostikverfahren handle, welches nicht Auftragsbestandteil gewesen sei (IV-act. 50-2/3). Die festgestellten Diskrepanzen seien überwiegend krankheitsbedingt erklärbar, formelle Gründe dafür, dass die Leistungsfähigkeit nicht beurteilt werden könne (wie bei Vorliegen von Malingering) lägen nicht vor (IV-act. 50-3/3 in fine).

4.4.3 Daraufhin liess die bereits erwähnte RAD-Psychiaterin der Gutachterstelle am 5. Mai 2017 folgende Fragestellungen zur Beantwortung unterbreiten (vgl. IV-act. 51-5/6 i.V.m. IV-act. 42):

Sie behaupten - entgegen der evidenzbasierten internationalen allgemeinen fachlichen Auffassung - Aggravation finde weitgehend unbewusst statt. Können Sie Ihre Behauptung anhand wissenschaftlicher, evidenzbasierter Literatur belegen? Wir ersuchen um Bekanntgabe der überprüfbaren wissenschaftlichen Quellen.

Sie behaupten, es wäre für depressive Störungen mit regressiver Tendenz typisch, dass die Aggravation weitgehend unbewusst stattfinden würde. Können Sie Ihre Behauptung anhand wissenschaftlicher, evidenzbasierter internationaler Literatur belegen? Wir ersuchen um Bekanntgabe der überprüfbaren wissenschaftlichen Quellen (...).

4.4.4 Zu diesen Fragen äusserte sich der begutachtende Psychiater am 29. Mai 2017 u.a. wie folgt (IV-act. 53):

Als **Aggravation** (engl. Symptom exaggeration) wird eine intentionale Beschwerdeübertreibung oder -ausweitung von vorhandenen Symptomen oder Beschwerden bezeichnet.

Demgegenüber sind **Verdeutlichungsstendenzen** abzugrenzen, die nicht als grob situationsinadäquat anzusehen sind, in gewissem Masse sogar situationsimmanent sein können und die Gültigkeit von Beschwerdeschilderung und Befunderhebung nicht grundsätzlich in Frage stellen. Die Übergänge sind fliessend (Merten Th, et al. 2009).

Andernorts wird definiert, dass Aggravation eine bewusst intendierte gravierende Darstellung einer vorhandenen Störung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken beschreibt. Demgegenüber handelt es sich bei Verdeutlichungsstendenzen um den mehr oder weniger bewussten Versuch, den Gutachter vom Vorhandensein der Beschwerden zu überzeugen (Philip M, 2016). Diese Abgrenzung erscheint theoretisch klar und eindeutig, erweist sich in der Praxis aber als schwierig, da die den Unterschied definierenden Motivlagen nicht direkt objektivierbar sind, sondern nur indirekt erschlossen werden können. Die Grenzen erscheinen dabei fliessend und sind in der Untersuchungssituation nicht immer exakt zu ziehen (AWMF 2012). Gutachterlich relevant ist ausschliesslich der Aggravationsnachweis, Verdeutlichung kann durch den Ausschluss von Aggravation festgemacht werden.

Zwei Indizien sprechen für Aggravation:

1. Auffälliger Beschwerdevortrag, welcher beim Untersucher eine appellative, demonstrative, übertriebene oder theatralische Wirkung entfaltet. Ausnahme ist ein habituelles Verhalten des Versicherten im Sinne einer histrionischen Prägung der Persönlichkeit oder die kulturelle Prägung des Betroffenen, etwa bei südeuropäischer Herkunft.
2. Diskrepanz im globalen Schweregradurteil des Untersuchten und dem dieser behaupteten Schwere nicht entsprechenden globalen Urteil des Gutachters. Ausnahme ist hier das Vorliegen einer umfassenden aggravierenden Verhaltensdisposition im Sinne einer eigenständigen krankheitswertigen Störung, insbesondere bei Vorliegen einer dissoziativen Störung. Auch bei Vorliegen einer somatoformen Störung der Gruppe F45, bei welchen aggravationsverdächtige Diskrepanzen zwischen starken subjektiven Beschwerden und geringfügigen objektiven Befunden definierter Bestandteil der Gesundheitsstörung darstellen oder bei Vorliegen angstmotivierter Beeinträchtigungen (z.B. Phobischer Schwankschwindel, Agoraphobie, so-

matiforme Schmerzstörung) kann die Motivinterpretation für die Erklärung der Diskrepanz u.U. schwierig sein.

(...)

Regression ist ein psychodynamischer Abwehrmechanismus, bei dem ein Konflikt dadurch vermieden wird, dass sich der Betroffene einer früheren Entwicklungsstufe entsprechend verhält, in der dieser Konflikt nicht auftreten kann. Durch Abwehrmassnahmen wird ein Krankheitsgewinn erzielt entweder in Form eines primären Krankheitsgewinns, bei dem der unerträgliche Triebimpuls nicht wahrgenommen werden muss oder eines sekundären Krankheitsgewinns, bei dem der Betroffene Vorteile durch das Eingehen des Umfeldes auf die Symptombildung erzielt.

Aus der Sicht der Lerntheorie und Kognitionspsychologie ist die Depression eine 'erlernte Hilflosigkeit'. Negativ empfundene Life events fördern die Entwicklung eines depressiv-kausalen Attributionsstils, der charakterisiert ist u.a. durch die Merkmale Internalität ('das Ereignis ist durch mich bedingt') und Stabilität ('das ändert sich niemals'). Aus moderner Sichtweise sind jedoch genetische, neurobiologische und psychodynamische Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression beteiligt. (...)

Aus versicherungsmedizinischer Sicht ist der psychiatrische Kontext, in dem regressives Verhalten auftritt von Bedeutung: Während eine Regression im Rahmen einer depressiven Episode (ICD-10: F32.-) in der Regel neurobiologisch mitbedingt und somit nicht ohne Weiteres willentlich überwindbar ist, ist dies bei regressivem Verhalten, welches nicht im Rahmen einer gravierenden psychischen Störung auftritt, der Fall.

4.4.5 In ihrer Stellungnahme vom 11. August 2017 betonte die RAD-Psychiaterin Dr.med. univ. Dr.phil. H. _____ erneut, dass die der MEDAS-F. _____ gestellten Fragen im Wesentlichen wiederum nicht beantwortet worden seien. Weder sei erläutert worden, auf welche wissenschaftliche Literatur man sich bei der exklusiv bei dieser Gutachterstelle vertretenen Theorie der "unbewussten Aggravation" stütze, noch sei die Argumentation, "Depressionen mit regressiver Tendenz würden 'unbewusste Aggravation' verursachen", bei der Antwort auf die Rückfragen wissenschaftlich untermauert worden. Des Weiteren führte die RAD-Psychiaterin u.a. aus (IV-act. 54-7/8):

Das groteske Verhalten der Versicherten während der Untersuchung bleibt rätselhaft. Sie war ja nach Meinung des MEDAS-Untersuchers zwar depressiv, aber ihrer Sinne durchaus mächtig, also weder psychotisch noch kognitiv-geistig gestört (im Sinne etwa einer Demenz). Das geht aus dem psychopathologischen Befund des psychiatrischen Gutachters klar hervor. Fragen einfach nicht zu beantworten, an der Frage permanent vorbeireden, sich während einer Untersuchung auf den Boden setzen und sitzen zu bleiben, bis die Untersuchung zu Ende ist, subsummiert man in der Regel als Gutachter nicht unter dem (bagatellisierenden) Begriff 'Verdeutlichung'. Das ist schlicht nicht nachvollziehbar. Das hat auch nichts mit 'fließenden Grenzen' zwischen Verdeutlichung und Aggravation zu tun. Es wäre Aufgabe der Gutachter gewesen, genau zu sagen, wie konkret das aggravorische Verhalten, sprich die fehlende Leistungsmotivation sich in den alltäglichen Aktivitäten der Versicherten auswirkt, genauer: Wieviel Prozent der fehlenden Leistungsbereitschaft auf die aggravorischen Ursachen zurückzuführen und wieviel Prozent krankheitsbedingt zu veranschlagen sind.

Da die Abklärer genau diese wesentlichen Punkte nicht nachvollziehbar geklärt haben, können wir unmöglich auf die Beurteilung des F. _____-Gutachtens eine Rentenverfügung gründen. Entweder hat die Versicherte schlicht simuliert/ aggraviert oder sie ist latent psychotisch. Zu denken wäre auch an eine beginnende dementielle Entwicklung (manche Demenzen beginnen ähnlich seltsam, z.B. frontotemporale Demenzen, da zeigen sich auch zuerst bizarre Verhaltensweisen, die kognitiven Defizite werden anfänglich kaschiert). Derart grundlegende nosologische Möglichkeiten sind präzise und umfassend medizinisch abzuklären. Vor allem braucht es eine qualifizierte medizinisch-neuropsychologische Beschwerdvalidierung durch eine State-of-the-Art-Beschwerdvalidierungstestung und eine entsprechende Leistungstestung, um die evidenzbasierte Malingeringbeurteilung entsprechend dem Algorithmus von Slick, Shermann und Iverson vorzunehmen. (...).

5. Dieser soeben angeführten Begründung zur Durchführung einer weiteren Begutachtung schloss sich die IV-Stelle an und teilte dies am 1. März 2018 der Versicherten mit. An dieser Stelle ist festzuhalten, dass die Versicherte weder nach Kenntnisnahme des Umstandes, wonach nochmals eine Begutachtung erfolge, noch in der vorliegenden Beschwerde grundsätzlich beanstandet hat, dass die Vorinstanz nach dem ersten MEDAS-Gutachten vom 15. Juli 2015 ein zusätzliches MEDAS-Gutachten (vom 29. Februar 2019) einholen liess. Dementsprechend besteht auch für das Gericht kein Anlass, die Einholung eines weiteren MEDAS-Gutachtens in Frage zu stellen, zumal durch den Zeitablauf ohnehin eine Aktualisierung der Überprüfung des Gesundheitszustandes geboten war.

6. Als zweite Gutachterstelle wurde die MEDAS I. _____ ausgelost (IV-act. 71, 72). Den ausdrücklichen Hinweis, wonach der allfällige Bedarf für einen Dolmetscher rechtzeitig der Gutachterstelle zu melden sei, wurde weder von der Versicherten noch von ihrem Rechtsvertreter beachtet (vgl. IV-act. 77, 80). Dies hatte zur Folge, dass die erste Untersuchung vorzeitig abgebrochen werden musste und in der Folge ein anderer internistischer Gutachter einbezogen werden musste (vgl. IV-act. 81, 82, 83).

6.1 Am Gutachten der MEDAS I. _____ vom 29. Februar 2019 wirkten folgende Sachverständige mit (IV-act. 86-8/116):

- Dr.med. Q. _____ (Psychiatrie u. Psychotherapie FMH/ Vertrauensarzt SGV/ zertif. med. Gutachter SIM/ zertif. Arbeitsfähigkeitsassessor SIM)
- Dr.med. R. _____ (Facharzt für Allgem. Innere Medizin)
- Dr.med. S. _____ (Neurologie FMH/ Vertrauensarzt SVG/ zerif. med. Gutachter SIM/ zertif. Arbeitsfähigkeitsassessor SIM)
- lic.phil. T. _____ (Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP/ zertif. neuropsychologischer Gutachter SIM).

6.2.1 Diese Gutachter konnten im Rahmen einer konsensualen Besprechung keine relevanten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Als

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie was folgt an (vgl. IV-act. 86-5/116 oben):

- Persönlichkeitsakzentuierung Z73.1
- Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung bei Erwachsenen F69
- Nicht-authentische kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Neugedächtnis, Exekutivfunktionen, Visuokonstruktion, Rechnen, Sprache und Visuokonstruktion mit/bei:
 - o Schwergradige Aggravation, teils wahrscheinlich auch Simulation
- Paroxysmales tachykardes Vorhofflimmern
- Diabetes mellitus Typ 2 ED 2012 NIDDM
- Weitgehend therapierefraktärer Bluthochdruck ED 2012
- Ausgeprägte Hypercholesterinämie
- Adipositas Grad 1 (BMI 31,6 kg/m²)
- Medikamenten-Incompliance

6.2.2 Diese aktuellen Diagnosen wurden von den Gutachtern u.a. wie folgt hergeleitet und kommentiert (vgl. IV-act. 86-3/116):

In der aktuellen psychiatrischen Untersuchung im Rahmen der polydisziplinären MEDAS Begutachtung ergaben sich bei der 53jährigen Versicherten nicht konsistente Verhaltensauffälligkeiten, unpräzise und diskrepante Angaben zur Biografie und zum Verlauf der geschilderten Beschwerden, wobei sie Klagen über zahlreiche, vornehmlich unspezifische Beschwerden vorbrachte.

Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung waren objektiv nicht plausible psychopathologische Auffälligkeiten zu beobachten.

In der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung konnten keine validen Ergebnisse beschrieben werden; die Testwerte mit schwer defizitären kognitiven Leistungen waren nicht gültig.

Aus folgenden Gründen ist die Validität der gezeigten Leistungen eingeschränkt:

- **Performanzvalidierung:** Die Leistungen in einem gut standardisierten Performanzvalidierungstest (Tombaugh, 1998) waren hoch auffällig. **Die Leistungen lagen unter dem Zufallsbereich.** Leistungen im Zufallsbereich sind zwar höchst auffällig, sind aber solche, die rein theoretisch auftreten können, wenn der Proband tatsächlich keinerlei Ahnung der richtigen Antworten hat (was aber sogar bei mittelgradigen Demenzen kaum auftreten sollte). Vereinfacht gesagt, hat man dann bei jeder Antwort eine Wahrscheinlichkeit von 50% die richtige zu treffen; daraus kann statistisch der sogenannte Zufallsbereich errechnet werden. Solche Minderleistungen treten weder u.a. bei Schmerz- noch depressiven Patienten noch bei Kindern mit oder ohne ADHS auf, sofern sie leistungsmotiviert sind.
- **Inkonsistenzen innerhalb und zwischen Tests:** Da alle Testwerte formal im unter- oder weit unterdurchschnittlichen Bereich sind, können sich kaum Diskrepanzen zeigen. Auffällig ist jedoch, dass sich schwerste Merkstörungen sowie schwerst defizitäre Wiedererkennensleistungen präsentieren, sich jedoch keine Intrusionen zeigen und die Abrufleistung unauffällig ausfiel. Auffällig ist zudem, dass sie in zeitkritischen Aufgaben in einem adäquaten Tempo arbeitet und sobald die Stoppuhr zum Einsatz kam, sie deutlich verlangsamt war.
- **Inkonsistenzen zwischen klinischer Beobachtung und Testdiagnostik:** Klinisch keine durchgehende Verlangsamung, keine Mühe, dem Gespräch zu

folgen oder auf zuvor gemachte eigene Aussagen Bezug zu nehmen, doch testdiagnostisch in allen diesbezüglich relevanten Bereichen schwere Einschränkungen (Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen).

- **Inkonsistenzen zwischen klinischer Beobachtung und subjektiven Beschwerden:** Klinisch keine Hinweise auf Müdigkeit, doch subjektiv bereits von Beginn weg erhöht ausgeprägte Müdigkeit, als zunehmend angegeben. Klinisch wenig Hinweise auf Gedächtnis- oder Aufmerksamkeitsstörungen, subjektiv diesbezügliche deutliche Beschwerden. Frau ... gab in allen Bereichen schwerste Defizite an.
- **Inkonsistenzen innerhalb der subjektiven Angaben:** Sie gab an, dass es vorkomme, dass ihr Sohn da sei und sie ihn plötzlich nicht mehr sehe. Dies ist ein höchst unplausibles Phänomen, gehört aber in den psychiatrischen Fachbereich.

Aus allgemeininternistischer Sicht ist die VP in ihrer Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit. Auch die angestammte Tätigkeit sollte hinreichend adaptiert oder adaptierbar gewesen sein. Notwendig im Rahmen einer solchen Tätigkeit wären kurze Pausen zum Messen des Blutzuckers und eventuell auch der Blutdruckwerte.

In der neurologischen Begutachtung war die von der Versicherten gebotene gesamte Symptomatik für den auch langjährig in der Behandlung psychiatrisch erkrankter Menschen erfahrenen Referenten hochgradig unglaubwürdig und kann auch nicht dem Bild einer demenziellen Störung zugerechnet werden, obgleich die Versicherte ein schwergradiges Demenzbild zu imitieren scheint. Sie gibt sich sowohl zeitlich, räumlich, sogar autopsychisch und praktisch weitgehend für die gesamten biographischen Erinnerungsinhalte schwer besinnlich, in einer Ausprägung, wie sie üblicherweise in einer Demenzerkrankung in dieser Form so nicht anzutreffen ist, ohne dass auch entsprechende andere Verhaltensauffälligkeiten erkennbar wären, müssten Perseverationstendenzen bzw. Störungen des Antriebs und der Psychomotorik konsistent erwartet werden, welche hier nicht bestehen. (...)

In keiner Weise nachvollziehbar ist aus neurologischer Sicht die bewusste Angabe der Versicherten, es bestehe überhaupt keine Sensibilität an den Armen global ab Schulterniveau abwärts, sei das Vibrationsempfinden komplett aufgehoben, Schmerzimpulse, wie auch Berührungsimpulse werden überhaupt nicht wahrgenommen, ähnlich auch an den Beinen distal der Knie, des Fussrückens. Auffälligerweise lässt sich dieses aber nicht feststellen an den Fusssohlen, hier vermag die Versicherte nicht den Fluchtreflex zu unterbinden, muss ihre Beine wegziehen, obgleich eben ansonsten am Bein komplett Taubheit wiederum beschrieben wird. (...)

Die Angaben dieser Sensibilitätsstörungen sind mit keinem neurologischem Krankheitsbild vereinbar, im Übrigen aber auch in dieser Form für eine psychische Störung dem Untersucher, trotz bald 30-jähriger Erfahrung, auch mit psychisch kranken Menschen, nicht bekannt, auch nicht bei schweren depressiven Störungen.

Die von der Versicherten dargebotenen Symptome können keinem neurologischen Krankheitsbild zugeordnet werden.

Es sind aber in der Gesamtschau, insbesondere die Ausprägung und die fast schon bizarren Verzerrungen auch nicht dem Referenten bekannt als ein depressives Störungsbild, auch können keine psychotischen Aspekte festgestellt werden. Es wird vielmehr in der Gesamtschau ein maximales hilfsbedürftiges Krankenrollenverhalten gezeigt, in einer hochgradigen Ausprägung, dieses aber mit einer vehementen Durchhaltefähigkeit.

Es verbleiben somit insgesamt die massiven Inkonsistenzen, ein Malingering festzustellen, welches nicht durch krankheitswertige Ursachen erklärbar ist, sondern mindestens in grossen Teilen bewusstseinsnahe generiert wird (siehe auch unter der Ratewahrscheinlichkeit liegende Ergebnisse in Symptomvalidierungsverfahren, durchgängig allesamt nicht nachweisbare Medikamentenspiegel, auch für Präparate mit langer Halbwertszeit, was eine doch elektive Nichteinnahme nahe legt, ein so hochgradig dargestelltes Bild einer pseudodementiellen Symptomatik, welches keinerlei plausible organische oder psychische Grundlage besitzt, etc.).

Die Vielfalt und Ausprägung der Inkonsistenzen ist so erheblich, dass hier mindestens schwergradige Aggravation, teilweise schon Simulation nichtauthentischer Symptome angenommen werden darf.

6.2.3 Im Rahmen einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung ergab sich aus internistischer Sicht, dass folgende Tätigkeiten als ungeeignet umschrieben wurden (IV-act. 86-5/116 Ziff. 4.3 in fine):

- Tragen schwerer Lasten über 10 kg
- Teamarbeit, taktgebundene Arbeit, Akkordarbeit
- Überdurchschnittlicher Zeitdruck, Arbeitsstress
- Nacharbeit, Schichtarbeit, häufig wechselnde Arbeitszeiten.

Hinsichtlich der Diskussion von Belastungsfaktoren und Ressourcen führten die Gutachter aus, auch wenn die Versicherte darzustellen versuche, hochgradig beeinträchtigt zu sein, wirke dies nicht nachvollziehbar. Motive für dieses Verhalten seien zumindest nicht durch krankheitswertige versicherungsmedizinisch relevante Faktoren begründbar (IV-act. 86-6/116, Ziff. 4.5).

Was die Konsistenzprüfung anbelangt, verwiesen die Gutachter auf die schon beschriebenen schwergradigen Inkonsistenzen. Die Vielfalt und Ausprägung der Inkonsistenzen sei so erheblich, dass hier mindestens schwergradige Aggravation, teilweise schon Simulation nichtauthentischer Symptome angenommen werden dürfe. Bei der Versicherten bestünden weder objektivierbare affektive noch reproduzierbare kognitive oder sonstige psychische Störungen. Bis auf eine Persönlichkeitsakzentuierung lägen keine sonstigen Auffälligkeiten vor. Die Angaben der Versicherten zum psychischen Aktivitätensniveau seien nicht real und fänden kein Korrelat in der klinisch-psychiatrischen Untersuchung, im psychopathologischen Befund. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Teilbegutachtung seien nicht valide. Sodann seien die Therapieaktivitäten auffallend gering. Beim Medikamentenserumspiegel habe man keine der untersuchten Medikamente detektieren können, weder Psychopharmaka, Analgetika noch die kardiale Medikation.

6.2.4 Ausgehend vom Verhalten mit schwergradiger Aggravation und teilweise Simulation nicht authentischer Störungen veranschlagten die Gutachter auf medizinisch-theoretischer Basis im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils eine erhaltene Arbeitsfähigkeit von 100% (ganztätig) sowohl in der zuletzt ausgeübten ausserhäuslichen Tätigkeit wie auch im Haushalt (IV-act. 86-6/116, Ziff. 4.7). Hinsicht-

lich der retrospektiven Bewertung der Arbeitsfähigkeit anerkannten sie im Zeitraum von der ersten Feststellung des Vorhofflimmerns im Oktober 2012 bis zur endgültigen Beseitigung der Rhythmusstörung mit nachfolgender Stabilisierung im Juni 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (die IV-Anmeldung erfolgte im Mai 2014). Nachfolgend habe nur noch bis September 2015 eine leicht eingeschränkte Leistungsfähigkeit um rund 20% wegen des schwer einstellbaren Blutdrucks bestanden (AF mindestens 80%, siehe IV-act. 86-6/116 unten). Analoges gelte auch für die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (IV-act. 86-7/116 oben).

7.1 Diese vorstehenden Angaben führen unter Einbezug der Einwände in der Beschwerde zu folgender gerichtlicher Würdigung. Gemäss dem vorliegenden MEDAS-Gutachten vom 18. Februar 2019 ergaben das allgemein-medizinisch-internistische sowie das neurologische Teilgutachten keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten bzw. in einer angepassten Tätigkeit. Dieses Zwischenergebnis wird von der beanwalteten Beschwerdeführerin vor Gericht nicht in Frage gestellt. Die Einwände in der Beschwerde beziehen sich ausschliesslich auf das psychiatrische sowie das neuropsychologische Teilgutachten, auf welche nachfolgend näher einzugehen ist. Das Gericht hat nach der Aktenlage keinen Anlass, einmal abgesehen von den in Erwägung 6.2.3 angeführten ungeeigneten Arbeiten (Lasten über 10 kg etc.) grundsätzlich von relevanten somatischen Einschränkungen der zumutbaren Arbeitsfähigkeit auszugehen. Solche werden denn auch von der Versicherten vor Gericht nicht vorgebracht. Zusammenfassend ist unbestritten, dass der Beweiswert des vorliegenden MEDAS Gutachtens vom 18. Februar 2019 für den somatischen Bereich gegeben ist.

7.2 Der Beweiswert des interdisziplinären Gutachtens vom 18. Februar 2019 ist entgegen der sinngemässen Argumentation in der vorliegenden Beschwerde auch für den psychiatrischen und den neuropsychologischen Bereich zu bejahen, wie nachfolgend dargelegt wird.

7.2.1 Das neuropsychologische Teilgutachten (IV-act. 86-37ff./116) enthält in einem ersten Teil Ausführungen zur Ausgangslage und Umstände der Begutachtung. Dann folgen ein Aktenauszug sowie die Befragung, welche sich in spontane Angaben der versicherten Person und eine vertiefende Befragung gliedert. Hinsichtlich "Befund" (Ziffer 4) werden zunächst Angaben zur Verhaltensbeobachtung und zur sprachlichen Verständigung angeführt, anschliessend die Untersuchungsbefunde in standardisierten Testverfahren sowie bezüglich nichtstandardisierter Proben. Auf eine Fremdanamnese wurde verzichtet. Die Diagnosen werden in der Folge mit der klinischen Beobachtung, mit den subjektiven Anga-

ben und der Ätiologie verglichen. Unter Ziffer 7 folgt eine ausführliche medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung, gegliedert in:

- Zusammenfassung der bisherigen Entwicklung der versicherten Person einschliesslich der aktuellen Situation;
- Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität;
- Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen.

Am Schluss (Ziff. 8) folgt die Beantwortung von Fragen (vgl. IV-act. 86-46f./116).

7.2.2 Das psychiatrische Teilgutachten (der MEDAS I. _____) ist ähnlich aufgebaut (IV-act. 86-48ff./116). Nach der Ausgangslage und den Umständen der Begutachtung folgen ein fachspezifischer Aktenauszug und dann die Befragung, gegliedert in spontane Angaben und dann eine vertiefende Befragung, schwerpunktmässig unter anderem:

- zu den aktuellen Beschwerden,
- zum Verlauf,
- zu den Reaktionen des Umfeldes,
- zu den Behandlungsmassnahmen,
- zum eigenen Krankheitskonzept,
- zum Umgang mit den Beschwerden im Alltag,
- zu den Bewältigungsstrategien,
- zu den Zukunftsvorstellungen,
- zur Familienanamnese
- zur frühkindlichen Entwicklung, in der Vorschulzeit und in der Schulzeit,
- zum schulischen und beruflichen Werdegang,
- zur sozialen Anamnese,
- zur Partnerschaft/ Kinder;
- zum Tagesablauf,
- zu den Verkehrsmitteln (Anreise),
- zur bisherigen psychiatrischen Behandlung,
- und zur aktuellen Medikation.

Hinsichtlich "Befund" (Ziffer 4) werden zunächst Angaben zur Verhaltensbeobachtung und zur sprachlichen Verständigung angeführt, anschliessend die psychiatrischen Befunde in Anlehnung an den Interviewleitfaden AMDP, umfassend:

- Orientierung
- Ich-Bewusstsein
- Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis
- Denken, Sprache, Sprechen und Wahrnehmung
- Intelligenz
- Psychomotorik
- Affektivität
- Persönlichkeit
- Zwänge und Phobien
- Willen und Antrieb
- Realitätsorientierung
- Motivation

Sodann wurde die Labordiagnostik detailliert wiedergegeben (IV-act. 86-57/116). Nach einer Zusammenfassung des neuropsychologischen Teilgutachtens folgt eine Auseinandersetzung mit den Diagnosen, zunächst nach der Aktenlage und dann aus aktueller psychiatrischer Sicht. Ziffer 7 des Teilgutachtens enthält eine ausführliche medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung, gegliedert in:

- Zusammenfassung der bisherigen persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Entwicklung der versicherten Person einschliesslich der aktuellen psychischen, sozialen und gesundheitlichen Situation;
- Beurteilung des bisherigen Verlaufs von Behandlungen, Rehabilitationen, Eingliederungsmassnahmen etc., inkl. Diskussion von Heilungschancen;
- Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität;
- Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen.

Abschliessend werden noch die dem Gutachter gestellten Fragen beantwortet (IV-act. 86-66f./116).

7.2.3 Dass in diesen beiden angeführten Teilgutachten, bei welchen die Angaben der Versicherten mit Hilfe eines Dolmetschers bzw. einer Dolmetscherin in albanischer Sprache evaluiert wurden (IV-act. 86-37/116 unten, 86-48/116 Mitte), die Vorgehensweise nicht lege artis ausgefallen sei, wird weder von der beanwalteten Beschwerdeführerin vor Gericht geltend gemacht noch ist dies ersichtlich.

7.2.4 Soweit in der Beschwerde eingewendet wird, dass der psychiatrische Gutachter der MEDAS F. _____ im Gutachten vom 5. Dezember 2016 eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome diagnostiziert habe und im Ergebnis darauf abzustellen sei, wird in der vorinstanzlichen Vernehmung (unter Ziffer 3) überzeugend entgegengehalten, dass sinngemäss massive Verhaltensauffälligkeiten und Inkonsistenzen im Rahmen einer nicht authentischen Beschwerdepräsentation festzustellen waren (bei Ausschluss einer demenziellen Erkrankung), welche von Dr.med. P. _____ unzureichend gewürdigt wurden. Den diesbezüglichen Ausführungen der Vorinstanz ist uneingeschränkt beizupflichten.

Ins Gewicht fällt beispielsweise, dass sowohl beim ersten MEDAS-Gutachten, als auch beim zweiten MEDAS-Gutachten unmissverständlich festgestellt wurde, dass die Versicherte die verordneten Psychopharmaka nicht eingenommen hat (vgl. IV-act. 47-42/52 unten: "So lagen die Spiegel der verordneten Psychopharmaka in der am 04.10.2016 genommenen Serumprobe unterhalb der qualitativen Nachweisgrenze."; vgl. IV-act. 86-57/116 Kommentar zur Labordiagnostik: Es gelingt kein Nachweis von Substanzen, welche die Versicherte als regelmässig eingenommen deklariert, wobei die Einnahme der Medikamente zusätzlich der Kontrolle/ Überwachung ihrer Angehörigen unterliege und deshalb als gesichert gel-

ten könne"). Dass Dr.med. P._____ eine solche Nichteinnahme der verordneten Medikamente (sowie weitere Inkonsistenzen) als "weitgehend unbewusste Aggravation" wertet, vermag auch nicht ansatzweise zu überzeugen, zumal dieser Gutachter der Aufforderung der RAD-Psychiaterin, diese These wissenschaftlich zu untermauern, nicht nachkommen konnte (vgl. vorstehend, Erwägungen 4.3.3 bis 4.4.5).

Sodann argumentiert Dr.med. P._____ im ersten MEDAS-Gutachten widersprüchlich, indem er unter Ziffer 6 seines Gutachtens ausdrücklich festhält: "Unter Beachtung der obigen Vorgaben liegt bei dem Exploranden keine psychiatrische Erkrankung vor, die geeignet wäre, das positive Leistungsbild des Versicherten im IV-relevanten Sinne mittel- und längerfristig zu mindern. Diese Feststellung gilt zumindest ab dem Begutachtungszeitpunkt" (vgl. IV-act. 47-40/52 unten). Dennoch kommt er direkt im Anschluss unter Ziffer 6.1 und 6.2 zum Ergebnis, dass die Versicherte ab dem Untersuchungstag zu 0% arbeitsfähig sei (bis auf weiteres). Wie dieser Widerspruch aufzulösen wäre, bleibt unerfindlich. Eine Begründung zu diesem Widerspruch findet sich nicht in der vorliegenden Beschwerde.

7.2.5 Daraus, dass Dr.med. P._____ weder selber eine neuropsychologische Untersuchung veranlasste, noch sich mit der vorliegenden neuropsychologischen Untersuchung befasst hat, kann die Beschwerdeführerin hier nichts zu ihren Gunsten ableiten. Jedenfalls kommt dem vorliegenden psychiatrischen Teilgutachten vom 16. Februar 2019 (IV-act. 86-48/116), welches unter Einbezug des neuropsychologischen Teilgutachtens vom 31. Juli 2018 erstattet wurde (vgl. IV-act. 86-57/116), im Vergleich zum älteren Teilgutachten vom 14. November 2016, welches ohne neuropsychologische Abklärung und mithin ohne Überprüfung der Malingering-Thematik vorgenommen wurde, offenkundig Vorrang zu.

7.2.6 Analoges gilt grundsätzlich auch für die Argumentation des behandelnden Psychiaters dipl. Arzt K._____, welcher in einem Schreiben vom 3. Mai 2019 an den Rechtsvertreter der Versicherten ausdrücklich festhielt, "mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit können Verdeutlichung, Simulation und Aggravation bei der Patientin jedoch ausgeschlossen werden" (vgl. IV-act. 94-4/4). Wie der behandelnde Psychiater zu dieser Schlussfolgerung gelangen konnte, bleibt unklar, nachdem sich dieser Psychiater weder expressis verbis mit dem zweiten MEDAS-Gutachten befasst hat, noch substantiiert auf die Thematik eingegangen ist, dass die Versicherte die von ihm festgelegte medikamentöse Therapie nicht beachtet (siehe Medikamentenspiegel). Sodann beziehen sich die Angaben des behandelnden Psychiaters im Wesentlichen auf subjektive Beschwerdeschilderungen der Versicherten und der Familienangehörigen anlässlich eines Familien-

gesprächs vom 25. April 2019. Eine hinreichende Auseinandersetzung mit den gemäss ICD-10 geforderten Kriterien zur Stellung der entsprechenden psychiatrischen Diagnosen fehlt. Bei dieser Sachlage liegt ein typischer Fall eines behandelnden Arztes vor, welcher in einem auftragsrechtlichen Vertrauensverhältnis zur Patientin steht und bislang von den geklagten Beschwerden der Versicherten ausgegangen ist. In einer solchen Konstellation vermögen die auf subjektiven Angaben aufbauenden Ausführungen des behandelnden Arztes, welcher sich auf monatliche bis vierteljährliche Verlaufskontrollen beschränkte (vgl. IV-act. 94-3/4 2. Abs.), das vorliegende fundierte MEDAS-Gutachten nicht in Frage zu stellen. Im Übrigen hat die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (S. 6) zutreffend hervorgehoben, dass der behandelnde Psychiater den Beizug eines Neurologen zur Demenzabklärung empfohlen hat (vgl. IV-act. 94-4/4, 3. Abs.). Daraus ist mit der Vorinstanz zu schliessen, dass der behandelnde Psychiater das Gutachten der MEDAS I. _____ nicht kennt, nachdem eine neurologische Teilbegutachtung bereits durch die MEDAS I. _____ vorgenommen wurde (IV-act. 86-75ff./116).

7.3 Aus all diesen Gründen ist mit der Vorinstanz festzuhalten, dass dem vorliegenden Gutachten der MEDAS I. _____ volle Beweiskraft zuzuerkennen ist. An diesem Ergebnis vermögen die weiteren Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Unbehelflich ist auch namentlich der Verweis auf ein anderes neuropsychologisches Teilgutachten vom 3. Mai 2019, welches *eine andere versicherte Person mit einer anderen Anamnese* betrifft (vgl. Bf-act. 3, Ziff. 7.1 gemäss Akten: Ende 2013 zuerst Anpassungsstörung, DD Depressionen, psychophysische Erschöpfung, dann anankastische, zwanghafte Persönlichkeitsstörung etc.). Damit bleibt es dabei, dass im vorliegenden Fall kein invalidisierender (psychischer) Gesundheitsschaden vorliegt, welcher Anlass zur Zusprechung einer IV-Rente geben könnte.

8.1 Die Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen wird.

8.2 Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten der Beschwerdeführerin auferlegt. Vom Inkasso wird derzeit abgesehen, nachdem die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gerade noch (hinsichtlich der Nichtaussichtslosigkeit) als erfüllt betrachtet werden.

Analog ist der Beschwerdeführerin ein unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen. Das Honorar wird in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411), der für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 GebTRA einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.--

vorsieht, sowie unter Beachtung der in § 2 GebTRA enthaltenen Kriterien (Wichtigkeit der Streitsache, Schwierigkeit, Umfang und Art der Arbeitsleistung, notwendiger Zeitaufwand) unter Einbezug der eingereichten Honorarnote und in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf Fr. 2'065.-- (inkl. MwSt und Spesen) festgelegt.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Beschwerdeführerin auferlegt. Vom Inkasso wird einstweilen unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege abgesehen.
3. Der Beschwerdeführerin wird Rechtsanwalt lic.iur. B. _____ (...) als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Ihm ist aus der Gerichtskasse ein Honorar von Fr. 2'065.-- (inkl. MwSt/ Spesen) zu bezahlen.
4. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten und das Honorar (total Fr. 2'565.--) dem Gericht zurückzuzahlen, wenn sie dazu innert 10 Jahren seit der Rechtskraft dieses Entscheids 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, 14. Februar 2020

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***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: 28. Februar 2020