

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2020 50

## Entscheid vom 14. Januar 2021

---

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
lic.iur. Prisca Reichlin Brügger, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

C. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,  
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. D. \_\_\_\_\_,  
D. \_\_\_\_\_,

**gegen**

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

## **Sachverhalt:**

**A.** C.\_\_\_\_\_, geb. 14. Juli 1976, Mutter von vier zwischenzeitlich erwachsenen Kindern (Jg. 1995, 1997, 1999, 2000), reiste im September 1994 von ... zu ihrem ... Jahre älteren Ehemann in die Schweiz ein. Ab November 2003 arbeitete sie in einem vollen Pensum als hauswirtschaftliche Angestellte im A.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_. Ab 16. Januar 2009 war sie infolge Rückenschmerzen zu 50% arbeitsunfähig. Die Arbeitgeberin meldete C.\_\_\_\_\_ am 16. Februar 2009 zur Früherfassung bei der IV-Stelle Schwyz (Vi-act. 1). Am 26. März 2009 meldete sie sich zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Vi-act. 6). Mit Mitteilung vom 29. Juli 2009 wurde ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung bejaht (Vi-act. 21). Das Arbeitsverhältnis beim A.\_\_\_\_\_ endete infolge Kündigung durch die Arbeitgeberin am 30. September 2009 (Vi-act. 33-1/3). Mit Verfügung vom 11. Mai 2010 wurde die Arbeitsvermittlung abgeschlossen und ein Anspruch auf weitere Leistungen der Invalidenversicherung wurde verneint (Vi-act. 39). Diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

**B.** Ab Juni 2010 arbeitete C.\_\_\_\_\_ in einem Teilzeitpensum als Reinigungsmitarbeiterin im Hotel W.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_. Am 7. November 2013 wurde sie infolge voller Arbeitsunfähigkeit seit September 2013 erneut zur Früherfassung bei der IV-Stelle Schwyz gemeldet (Vi-act. 44). Die Anmeldung bei der Invalidenversicherung zum Bezug von Leistungen erfolgte am 7. Januar 2014 (Vi-act. 50). In der Folge wurden für den Zeitraum vom 15. Juli 2014 bis zum 14. Januar 2015 Integrationsmassnahmen vereinbart (Arbeitseinsatz bei der ... mit steigendem Arbeitspensum, Vi-act. 80), dieser Arbeitseinsatz wurde bereits am 24. Juli 2014 wieder abgebrochen (Vi-act. 94-3/5) und es wurde ein Einsatz beim ..., für den Zeitraum vom 17. November 2014 bis zum 16. August 2015 vereinbart (Vi-act. 97, 110). Während den Integrationsmassnahmen wurden C.\_\_\_\_\_ Taggelder ausgerichtet (Vi-act. 96, 104, 105, 106, 107, 116, 117).

**C.** Nach Einholung eines polydisziplinären Gutachtens bei der Medas AC.\_\_\_\_\_ (dat. 11.5.2016, Vi-act. 134) hielt die IV-Stelle Schwyz mit Vorbescheid vom 7. Juli 2016 fest, dass ausgehend von einem IV-Grad von 30% kein Anspruch auf eine Rentenleistung bestehe (Vi-act. 136). C.\_\_\_\_\_ liess gegen die vorgesehene Verfügung Einwände erheben (Vi-act. 138, 139, 142) und informierte die IV am 27. Oktober 2017 über eine weitere stationäre Behandlung in der Psychiatrischen Klinik Zugersee (Vi-act. 143). In der Folge veranlasste die IV eine weitere polydisziplinäre Begutachtung (Vi-act. 152) und C.\_\_\_\_\_ liess am 4. August 2017 umfassende Ergänzungsfragen stellen (Vi-act. 155).

**D.** Nach Vorliegen des polydisziplinären Gutachtens der Medas AD. \_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2018 (Vi-act. 161) erliess die IV-Stelle Schwyz am 18. Juli 2018 den Vorbescheid, wonach befristet für den Zeitraum vom 1. August 2015 bis zum 31. Oktober 2017 Anspruch auf eine halbe Rente bestehe, ab November 2017 bestehe ein IV-Grad von 29% weshalb ab diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entfalle (Vi-act. 164-1/5 f.). Am 8. August 2018 liess C. \_\_\_\_\_ Einwand erheben gegen den Vorbescheid (Vi-act. 167), wobei sie u.a. rügte, dass ihre im Vorfeld der Begutachtung gestellten Ergänzungsfragen nur teilweise beantwortet worden seien.

Nach weiteren Abklärungen erkannte die IV-Stelle Schwyz mit Verfügung vom 7. Mai 2020 (Bf-act. 2) einen Anspruch auf eine halbe IV-Rente für den Zeitraum ab dem 1. August 2015 und es wurden entsprechende Nachzahlungen angeordnet. Für den Zeitraum ab 1. November 2017 verneinte die IV ausgehend von einem IV-Grad von 28% den Anspruch auf eine Rente.

**E.** Gegen diese Verfügung lässt C. \_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 26. Mai 2020 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgemäss Beschwerde erheben mit folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung vom 7. Mai 2020 sei aufzuheben.
- 2.1 Die Beschwerdegegnerin habe der Beschwerdeführerin ab dem 1.8.2015 eine unbefristete ganze Rente zu bezahlen.
- 2.2 Eventualiter sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten zu erstellen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin gestützt darauf ab dem 1.8.2015 eine unbefristete ganze Rente zu bezahlen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (inkl. MWSt.) zulasten der Beschwerdegegnerin, eventualiter zulasten des Staates.

**F.** Die IV-Stelle Schwyz beantragt mit Vernehmlassung vom 10. Juli 2020 die Abweisung der Beschwerde unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin. Mit Replik vom 15. Juli 2020 lässt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen festhalten. Mit Duplik vom 20. August 2020 hält auch die Vorinstanz an ihren Anträgen fest.

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

**1.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG; SR 830.1). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG; SR 831.20). Erwerbsun-

fähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

**1.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

**1.3** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei Erwerbstätigen wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wäre sie nicht invalid geworden (Art. 16 ATSG).

**2.1** Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person ar-

beitsfähig ist (vgl. BGE 140 V 193 Erw. 3.1 und 3.2). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 351 Erw. 3a).

**2.2.** Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb; Urteil BGer 9C\_278/2016 vom 22.7.2016 Erw. 3.2.2). Zweck eines interdisziplinären Gutachtens ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu bringen (BGE 137 V 210 Erw. 1.2.4; Urteil BGer 8C\_260/2017 vom 1.12.2017 Erw. 4.2.1 m.H.). Die Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist oder nicht, beurteilt sich danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht. Mit anderen Worten verletzt das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht allein schon deshalb, weil einem Teilgutachten oder der Gesamtbeurteilung der Beweiswert abgesprochen wird. Daher darf bei einem polydisziplinären Gutachten auf beweiskräftige Teilgutachten abgestellt werden, die mit der - ohne Konsensbesprechung erfolgten - interdisziplinären Gesamtwürdigung im Hauptgutachten nicht übereinstimmen (BGE 143 V 124 Erw. 2.2.4).

**2.3.** Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Störungen (vgl. dazu Urteil BGer 8C\_130/2017 vom 30.11.2017) definiert zudem das für somatoforme Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 Erw. 2, 3.4 - 3.6 und 4.1). Sämtliche psychische Erkrankungen sind mithin grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen (BGE 141 V 281 und BGE 143 V 418).

Zu ergänzen ist folgendes: Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne

beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Sie fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen. Was die Befunde angeht, ist etwa an Störungsbilder wie Schizophrenie, Zwangs-, Ess- und Panikstörungen zu denken, die sich aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchung bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit mit somatischen Erkrankungen vergleichen lassen. Andererseits bleibt ein strukturiertes Beweisverfahren dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbarer begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. BGE 143 V 418 Erw. 7.1 S. 428 f. mit Hinweisen).

Wenn die rechtsanwendende Behörde wie im vorliegenden Fall der im polydisziplinären Gutachten erfolgten Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit folgt, ist ebenfalls keine Indikatorenprüfung durchzuführen. Diese dient der Validierung einer im Rahmen einer psychiatrischen Diagnose attestierten Arbeitsunfähigkeit. Eine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte kann auch aus einer Indikatorenprüfung nicht resultieren (Urteile BGer 8C\_629/2019 vom 8.11.2019 Erw. 4.2.4; 8C\_270/2019 vom 5.9.2019, Erw. 4.2.3).

**2.4** Gelangt der Rechtsanwender nach dieser Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisforderungen (Erw. 2.1 und 2.2 vorstehend), ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (BGE 141 V 281 Erw. 5.2.3; Urteil BGer 8C\_260/2017 vom 1.12.2017 Erw. 4.2.5 m.H.).

**3.** Streitig und zu beurteilen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente ab dem 1. August 2015.

Die Vorinstanz hat in der angefochtenen Verfügung auf das AD. \_\_\_\_\_ Gutachten vom 18. Januar 2018 abgestellt. Die Gutachter gingen ab dem Beurteilungszeitpunkt (November/Dezember 2017) von einer Arbeitsfähigkeit von 70% in einer angepassten Arbeit (und von 50% für eine Tätigkeit als Reinigungskraft/ Zimmermädchen in einem Hotel) aus. Für den Zeitraum davor gingen die Gutachter gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten davon aus, dass ab

dem 9. September 2013 durchgehend eine (teilweise) Arbeitsunfähigkeit vorlag, diese habe ab 1. Oktober 2014 50% betragen. Da die Versicherte vom 15. Juli 2014 bis zum 16. August 2015 Taggelder der IV bezogen hat, besteht gemäss Vorinstanz ab 1. August 2015 ein Anspruch auf eine halbe IV-Rente. Die zwischenzeitlich eingetretene volle Arbeitsunfähigkeit (Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik, 3.11.2016 - 18.1.2017) führe zu keiner Rentenerhöhung, da eine solche frühestens nach drei Monaten (d.h. per 1.2.2017) hätte erfolgen können. Die ab dem November 2017 bestehende Arbeitsunfähigkeit von 30% in einer angepassten Tätigkeit ergebe einen IV-Grad von 28%, weshalb ab November 2017 kein Rentenanspruch mehr bestehe.

Gemäss der Beschwerdeführerin besteht seit dem 1. August 2015 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Die Beschwerdeführer rügt vorab das Abstellen auf das AD.\_\_\_\_\_ Gutachten bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit.

**4.** Zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und ihrer Arbeitsfähigkeit ergibt sich aus den Akten was folgt:

**4.1** Im Rahmen der ersten Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen im März 2009 standen Rückenschmerzen im Vordergrund (vgl. Diagnose Dr.med. E.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 4.5.2009, IV-act. 15: lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit aktivierter Spondylarthrose L3/4 und L4/5, Diskopathie L5/S1).

Der Hausarzt der Versicherten, Dr.med. Y.\_\_\_\_\_, Brunnen, stellte in seinem Bericht vom 18. Mai 2009 zu Händen der IV zudem die Diagnose einer depressiven Episode, mittelschwer (ICD 10: F32.1) mit Elementen einer posttraumatischen Belastungsstörung ohne das Vollbild einer PTSD (IV-act. 17-2/11). Seit 2009 sei die Versicherte beim SPD Goldau in Gesprächstherapie. Dr.med. Y.\_\_\_\_\_ wies sinngemäss auch auf eine erhebliche psychosoziale Belastungssituation hin (Ehemann arbeitslos, bezieht Teilrente, keine oder wenig Mithilfe im Haushalt, Doppelbelastung als Familienfrau und Erwerbstätige, Vi-act. 17-3/11, vgl. auch KV-act. 3-20/21).

**4.2** Im Auftrag der Taggeldversicherung wurde die Versicherte am 15. September 2009 durch Dr.med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, untersucht. In seinem Bericht vom 27. Oktober 2009 (KV-act. 3-2/21 ff.) stellte er die Diagnose von chronisch-unspezifischen Rücken- und linksseitigen Beinschmerzen sowie einer Spondylarthrose L3/4 und L4/5 ("klinisch irrelevant", KV-act. 3-6/21). In der Beurteilung führte Dr.med. F.\_\_\_\_\_ aus, die Versicherte habe offenbar auf die Summe all ihrer Belastungen (Beruf, Familie, Haushalt) mit Rücken- und Beinschmerzen reagiert, welche therapieunzugänglich seien. Die anlässlich der interventionellen

Schmerzdiagnostik und -therapie ermittelten Resultate würden kein für das geklagte Beschwerdebild ursächliches Substrat ergeben. Von weiteren medizinischen Massnahmen sei dringendst abzuraten. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit könne aus somatischer Sicht nicht attestiert werden.

**4.3** Im Auftrag der Taggeldversicherung wurde die Versicherte am 22. Oktober 2009 durch Dr.med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht. In seinem Konsilium vom 23. Oktober 2009 (KV-act. 3-8/21 ff.) stellte Dr.med. G.\_\_\_\_\_ die Diagnose einer weitgehend abgeklungenen kombinierten Erkrankung aus dem Formenkreis der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen, welche sich aktuell noch in Form einer längeren depressiven Reaktion (ICD-10: F43.21), einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes (ICD-10: F45.31) sowie einer gering ausgeprägten Neurasthenie (ICD-10: F48.0) ausdrücke. Der Störung würden Rückenschmerzen bedingte Schwierigkeiten am Arbeitsplatz mit anschliessender Kündigung bei jahrelanger psychosozialer Belastungssituation zu Grunde liegen. Der psychischen Störung komme aktuell keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Wirkung zu.

**4.4** In der Folge wurde ein Rentenanspruch mit Verfügung vom 11. Mai 2010 verneint und die Versicherte arbeitete ab Juni 2010 als Reinigungsmitarbeiterin in einem Hotel. Ab 9. September 2013 wurde wieder eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert und die Versicherte meldete sich am 7. Januar 2014 erneut zum Bezug von IV-Leistungen an.

**4.5** Mit Arztbericht vom 20. Februar 2014 des SPD Goldau (Dr.med. H.\_\_\_\_\_ und Therapeutin Z.\_\_\_\_\_) wurden die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F.32.1) sowie einer Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst, ICD-10: F41) gestellt. Zur Anamnese wird ausgeführt, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten im August 2012 verschlechtert habe, weshalb die Versicherte vom 29. August 2012 bis zum 29. November 2012 in der Psychiatrischen Klinik Zugersee stationär behandelt worden sei. Nach dem Klinikaustritt habe die Versicherte ihre Tätigkeit im Hotel W.\_\_\_\_\_ uneingeschränkt wieder aufnehmen können. Ab August 2013 hätten sich die Panikattacken und die depressiven Störungen wieder gehäuft, was wieder zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Es fände eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung inkl. Psychopharmakotherapie statt. Die Versicherte würde zudem durch die psychiatrische Spitex und einer Haushaltshilfe unterstützt (Vi-act. 64).

**4.6** Dr.med. Y.\_\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 24. März 2014 zu Handen der IV zum Verlauf fest, dass die Versicherte wegen psychischen Problemen nach wie vor in ambulanter Behandlung beim SPD Goldau sei. In letzter Zeit sei es offenbar wieder schlechter gegangen. Es bestehe nach wie vor ein mehr oder weniger ausgeprägter Rückenschmerz mit Ausstrahlung ins linke Bein. Ein regelmässiges Krafttraining wäre wünschenswert. Die Arbeitsunfähigkeit ergebe sich hauptsächlich aufgrund der psychischen Probleme (Vi-act. 74).

**4.7** Vom 13. Mai bis zum 1. Juli 2014 war die Versicherte auf Zuweisung des SPD ein zweites Mal in der Psychiatrischen Klinik Zugersee hospitalisiert. Es wurden wiederum eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode sowie eine Panikstörung diagnostiziert. Ziel der stationären Behandlung waren einerseits ein Expositionstraining zur Bewältigung der Panikstörung, die Erarbeitung von Strategien im Umgang mit der Müdigkeit und der Ein- und Durchschlafstörungen und andererseits die Klärung der Arbeitssituation. Während des Klinikaufenthaltes habe eine Teilremission der depressiven Symptomatik und eine deutliche Reduktion der Panikattacken erreicht werden können (Vi-act. 125-2/7).

**4.8** Gemäss Eingliederungsvereinbarung zur Integrationsmassnahme vom 23. Juni 2014 (Vi-act. 80) wurde für die Zeit nach dem Klinikaustritt ein Arbeitseinsatz bei ... mit steigendem Arbeitspensum (50% - 100%) vom 15. Juli 2014 bis zum 14. Januar 2015 beschlossen (Vi-act. 80). Dieser Arbeitsversuch wurde am 24. Juli 2014 wieder abgebrochen (Vi-act. 94-3/5) und es wurde ein Einsatz beim ..., für den Zeitraum vom 17. November 2014 bis zum 16. Mai 2015 vereinbart (Vi-act. 97, 110). Dieser Arbeitsversuch wurde - trotz verschiedener krankheitsbedingter Ausfälle - bis zum 16. August 2016 verlängert (Vi-act. 110).

Im Schlussbericht des ... vom 7. August 2015 wurde ausgeführt, dass die Präsenzzeit von anfänglich zwei Halbtagen auf fünf Halbtage habe gesteigert werden können. Es seien 23 krankheitsbedingte Absenzen registriert worden. Die Versicherte habe je nach Verfassung mehrere Kurzpausen benötigt. Während der Arbeitszeit habe ein Nachlassen des Arbeitstempos und der Konzentrationsfähigkeit beobachtet werden können. Der Arbeitsplatz sei den Bedürfnissen der Versicherten angepasst worden. Die Arbeitsqualität wurde als gut und das Verhalten als selbständig, kooperativ und mehrheitlich interessiert qualifiziert, das Arbeitstempo allerdings als zu gering eingestuft (die Stundenleistung während der Präsenzzeit an vier Tagen pro Woche - aufgeteilt auf drei Halbtage und einen ganzen Tag - wurde auf 30% geschätzt). Ob dies die reelle Leistungsobergrenze der Versicherten darstelle, könne nicht beurteilt werden (Vi-act. 120).

**4.9** Im Verlaufsbericht vom 30. August 2015 beschrieb Dr.med. Y.\_\_\_\_\_ längere Episoden mit verstärkten lumbalen Beschwerden, objektivierbare neurologische Defizite hätten aber nicht festgestellt werden können. Ein MRI-Befund vom August 2015 beschreibe einen stationären Verlauf. Diverse weitere diagnostische Abklärungen hätten keine objektiven Befunde ergeben. Psychiatrisch werde die Versicherte weiterhin vom SPD Goldau betreut (Vi-act. 122-1/5 f.).

**4.10** Im Verlaufsbericht des SPD (Dr.med. I.\_\_\_\_\_ und Psychotherapeutin AA.\_\_\_\_\_) vom 15. Oktober 2015 (Vi-act. 123) wird die Eingliederungsmassnahme infolge ungenügender Belastbarkeit der Versicherten als gescheitert beurteilt. Der Gesundheitszustand der Versicherten stagniere. In der freien Wirtschaft bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Es würden weiterhin zwei bis drei Mal pro Monat therapeutische Einzelgespräche stattfinden, an zwei Vormittagen pro Woche besuche die Versicherte die Tagesstätte des SPD. Die medikamentöse Behandlung werde weitergeführt.

**4.11** Anlässlich von vier Terminen im Februar und März 2016 wurde die Versicherte von Gutachtern der Medas AC.\_\_\_\_\_ (unter Beizug eines Psychiaters, eines Rheumatologen und einer Neuropsychologin) polydisziplinär untersucht. Im Gutachten vom 11. Mai 2016 gelangten Dr.med. J.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Innere Medizin & Endokrinologie) und Dr.med. K.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Rheumatologie) unter Berücksichtigung des psychiatrischen und des neuropsychologischen Teilgutachtens zu folgenden Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (Vi-act. 134-21/49):

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.1), bei

- Dysthymia (ICD-10 F34.1)
- Verdacht auf Symptomenausweitung und Selbstlimitierung, bei
  - objektiv nicht integrierbarem sensoriellem Halbseitensyndrom links
- Status nach rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig weitgehend remittiert (ICD-10 F33.4)

Chronische linksseitige Lumboischialgien, bei

- ausgeprägten Spondylarthropathien zwischen dem 3. und 4. und dem 4. und 5. Lendenwirbel, magnetresonanztomographisch seit 10/2008 stationär
- bilateraler Spondylose zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbel, ohne Spondylolisthesis

In Bezug auf Diagnosen ohne wesentliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit wurden insbesondere eine Adipositas (BMI 32.6) sowie Zervikothorakalgien erwähnt (Vi-act. 134-21/49). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungshilfe in einer Jugendherberge und als Zimmermädchen wurde die Arbeitsfähigkeit auf 70% geschätzt, wobei die psychiatrischen Befunde leicht mehr als die rheumatologischen limitierend wirkten (Vi-act. 134-22/49). Für körperlich leichtere Tätigkei-

ten in Wechselposition sowie für Haushaltstätigkeiten wurde eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert.

Der psychiatrische Gutachter (Dr.med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) wies in seiner Beurteilung (Vi-act. 134-31/49 f.) auf verschiedene Belastungsfaktoren hin, welche die Versicherte vulnerabel machen würden (schwere Kindheit, Verheiratung durch Vater mit einem 20 Jahre älteren Mann, Ehemann IV-Renter und aktuell kurz vor dem Pensionsalter stehend). Ausgehend von der konkreten Situation, in welcher die Versicherte stecke (insbesondere Zusammenleben mit kurz vor der Pensionierung stehendem IV-Renter) wirkten sich die körperlichen Beeinträchtigungen (Schmerzen), welche man ihr nicht absprechen könne, fatal aus. Sie würden in ihrer Bedeutung (wohl unbewusst) stark überbewertet. Die seelischen Belastungsfaktoren verstärkten den Schmerz und diesem Mechanismus komme ein Krankheitswert zu. Die effektiven seelischen Leiden im engeren Sinne genügten aber nicht für die Begründung einer Arbeitsunfähigkeit in einem höheren Prozentsatz als 30%. Die Versicherte sei sicher herabgestimmt und ihr eigenes Krankheitskonzept werde ein Berufseinstieg erschweren, der ganzen Entwicklung liege aber kein seelisches Leiden zu Grunde, welches einen Rentenanspruch zu begründen vermöchte. Der IV-fremde soziokulturelle Hintergrund, die Biografie, die Verarbeitung der ganzen Entwicklung und die ausgeprägte Vulnerabilität würden zum aktuellen Zustandsbild führen. Die Versicherte gestalte ihren Freiraum jedoch aktiv, habe Unterstützung durch die Familie optimal organisiert und sie schildere einen abwechslungsreichen, lebendigen Alltag.

In therapeutischer Hinsicht sah Dr.med. L. \_\_\_\_\_ kein Optimierungspotenzial. Die Versicherte werde ambulant und tagesklinisch bereits intensiv betreut.

Der rheumatologische Gutachter (Dr.med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie) beschreibt in seiner Beurteilung einen stationären Verlauf der degenerativen Veränderungen seit der ersten MRI-Abklärung 2008. Zwischen den anamnestischen Angaben mit progredienter Entwicklung und den kernspintomographischen Verlaufsuntersuchungen bestehe eine deutliche Inkonsistenz. Es liege keine Konsistenz zwischen der Anlageanomalie und den subjektiven Angaben mit Bezug auf Bewegungs- und Positionsabhängigkeit vor. Auch passe die Monotonie der Symptomatik mit persistierenden Ruheschmerzen nicht zu den nachgewiesenen ossären und diskalen degenerativen Veränderungen. Im Weiteren führte Dr.med. M. \_\_\_\_\_ aus:

Die hohe Schmerzintensität (...), das Überwiegen von Nachtschmerzen, die positive Beantwortung sämtlicher Suggestivfragen, die begleitenden Parästhesien, die Halbseitensymptomatik, links mit erhöhter Irritabilität der muskulären Palpationsempfindlichkeit und vermehrt vorkommenden tender points links, die

stark positiven Waddell-Zeichen im Stehen, das schmerzorientierte Verhalten während der körperlichen Untersuchung sprechen für ein abnormes Schmerzgebaren und für eine Symptomausweitung. Die Angaben zur Beanspruchung von Fremdhilfe bei Haushaltstätigkeiten passen zu einer Selbstlimitierung und zu einem übertriebenen Schonverhalten.

Zur Arbeitsfähigkeit führt Dr.med. M. \_\_\_\_\_ aus, diese sei auch in der angestammten Tätigkeit als Zimmermädchen und als Reinigungsmitarbeiterin uneingeschränkt gegeben, sofern eine Dispensierung von besonders rückenbelastenden Arbeitsbelastungen möglich sei (d.h. die Tätigkeit muss wechselbelastend sein und Gewichte über 10 kg sollten nicht häufig gehoben werden müssen).

Die neuropsychologische Untersuchung ergab eine alters- und ausbildungsadäquate kognitive Leistungsfähigkeit (Vi-act. 134-47/49).

**4.12** Der RAD-Arzt Dr.med. N. \_\_\_\_\_ hielt mit Stellungnahme vom 22. Juni 2016 fest, das Gutachten sei einigermaßen nachvollziehbar, wobei man sich überlegen könne, ob die leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% bei dieser Schmerzstörung in Kombination mit einer Dysthymie und wenig dramatischen degenerativen Veränderungen der LWS überhaupt zu akzeptieren sei (Vi-act. 135-5/5).

**4.13** Nach Vorliegen des MEDAS-Gutachtens und Erhalt des Vorbescheides war die Versicherte vom 3. November 2016 bis zum 18. Januar 2017 erneut in der Psychiatrischen Klinik Zugensee hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 25. Januar 2017 wird neben einer Panikstörung neu eine rezidivierend depressive Störung gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen diagnostiziert (Vi-act. 145). Die Versicherte habe im Verlauf psychotische Symptome beschrieben, weshalb die Diagnose angepasst worden sei. Eine Änderung der Medikation habe die Halluzinationen aber nicht gänzlich abklingen lassen. Die Symptomatik habe sich leichtgradig verbessert. Bei Austritt habe die Versicherte weiterhin an depressiver Stimmung, reduziertem Antrieb und leichten Halluzinationen gelitten. Die Stimmung sei etwas aufgehellt. Für die Zeit der Hospitalisation wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert.

**4.14** Der RAD-Arzt Dr.med. N. \_\_\_\_\_ hielt mit Stellungnahme vom 3. April 2017 fest, seit der Begutachtung durch die MEDAS AC. \_\_\_\_\_ sei zwischenzeitlich mehr als ein Jahr vergangen. Die Einschätzung des Schweregrades der Erkrankung durch die MEDAS-Gutachter divergiere erheblich von der Einschätzung der PK Zugensee. Seines Erachtens sei der Schweregrad der Erkrankung schwierig abzuschätzen, da die Versicherte aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur zu dramatisierenden Beschreibungen ihrer Krankheitssymptome neige. Ob eine Verschlechterung vorliege oder bloss eine andere Beurteilung des gleichen

Sachverhalts könne aus den Akten nicht definiert werden. Die Situation müsse deshalb neu abgeklärt und eventuell eine psychiatrische Zweitbegutachtung veranlasst werden (Vi-act. 148-6/6).

**4.15** Mit Verlaufsbericht des SPD vom 21. April 2017 (Vi-act. 149) führen Dr.med. O.\_\_\_\_\_ und die Psychotherapeutin AA.\_\_\_\_\_ aus, dass sich die gesundheitliche Situation im Oktober 2016 verschlechtert habe, weshalb mit der Patientin eine stationäre Behandlung in der PK Zugersee vereinbart worden sei. Während der Behandlung in der Klinik habe die Versicherte erstmals psychotische Symptome geschildert. In den Einzeltherapien habe die Versicherte immer wieder psychosoziale Belastungsfaktoren (Schulden, finanzielle Schwierigkeiten, Sorgen um die Kinder) geschildert. Auch habe sie über somatische Beschwerden geklagt. Der Gesundheitszustand wurde im Verlauf als stagnierend beschrieben. Zur Frage nach der Arbeitsunfähigkeit wurde festgehalten, man habe im Berichtszeitraum eine solche nicht bescheinigt. Die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit bleibe weiterhin unklar.

**4.16** Der Hausarzt Dr.med. Y.\_\_\_\_\_ hielt mit Verlaufsbericht vom 30. April 2017 (Vi-act. 150) fest, es lägen keine neuen Diagnosen vor. Auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit habe sich seit dem letzten Bericht nichts verändert.

**4.17.1** Im November und Dezember 2017 wurde die Versicherte an fünf Terminen durch Gutachter der Medas AD.\_\_\_\_\_ AG, ..., neurologisch (Dr.med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie), rheumatologisch (Dr.med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Rheumatologie), neuropsychologisch (Mag. AB.\_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie) und psychiatrisch (med.pract. R.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) untersucht (unter Fallführung von Dr.med. S.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin).

Die involvierten Fachärzte gelangten im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung im Gutachten vom 18. Januar 2018 zu folgenden Diagnosen (Vi-act. 161-35/131):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit betonter Ausstrahlung in das linke Bein mit/bei
  - Bildgebend (MRI LWS): Keine Neurokompression, Spondylarthrosen L3/4 und L4/5
  - Muskuläre Insuffizienz
  - Elektrophysiologisch (...): Kein Hinweis auf radikuläre Problematik
- Restless legs Syndrom mit/bei
  - Möglicherweise bei leichter, rein sensibler Polyneuropathie

- Andere symptomatische Genese nicht ausgeschlossen
- Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F54.1)
- Symptomverdeutlichung
- Aktenanamnestisch bekannt rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F33.9), gegenwärtig weiter in Remission befindlich
- nicht quantifizierbare neuropsychologische Störung

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden neben Adipositas und Nikotinabusus insbesondere eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) sowie ein Zustand nach Panikstörung aufgeführt (Vi-act. 161-35/131 f.).

Die Arbeitsunfähigkeit wurde aus interdisziplinärer Sicht in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin auf 50% und in einer Verweistätigkeit auf 70% geschätzt. In Bezug auf die Einschränkungen wurde auf das neurologische und psychiatrische Teilgutachten verwiesen (Vi-act. 161-45/131). Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit wurde ausgeführt (Vi-act. 161-37/131), eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei problematisch. Aufgrund der aktuell erhobenen Befunde sei aber die vom RAD am 1. April 2014 geschätzte Arbeitsunfähigkeit von 50% plausibel. Als nachvollziehbar wurde auch die von der PKO anfangs 2017 attestierte volle Arbeitsunfähigkeit qualifiziert. Als nicht plausibel wurde demgegenüber die vom SPD mit Verlaufsbericht vom 21. April 2014 attestierte volle Arbeitsunfähigkeit qualifiziert. Bei einer mittelgradigen depressiven Episode bleibe üblicherweise eine Restarbeitsfähigkeit erhalten. Nicht plausibel sei die im Medas-Gutachten vom 11. Mai 2016 geschätzte Arbeitsunfähigkeit von 30%, da eine mittelgradige depressive Episode üblicherweise einer höhergradigen Arbeitsunfähigkeit (50%) entspreche.

Zur Frage nach der Konsistenz (Diskrepanzen zwischen den geschilderten Symptomen und dem gezeigten Verhalten auch im Vergleich zur Aktenlage und den Alltagsaktivitäten) wurde festgehalten, dass zwischen der Aktenlage und den erhobenen Anamnesen und Befunden keine wesentlichen Diskrepanzen erkennbar seien. Hinsichtlich der angegebenen Beschwerden sei von einer leichten Aggravation auszugehen (Vi-act. 161-44/131).

**4.17.2** Der neurologische Gutachter führt aus, dass erstmals eine leichte rein sensible Polyneuropathie nachzuweisen sei. Rein klinisch ergebe sich zudem ein Restless-legs Syndrom bei ganz typischer Beschwerdesymptomatik. In wieweit dies durch die angenommene depressive Problematik verstärkt und unterhalten werde, werde sich erst im Verlauf zeigen. Die chronischen lumboradikulären Schmerzen würden sich im geltend gemachten Ausmass nicht objektivieren lassen, eine supportive Physiotherapie sei dennoch indiziert. Bezüglich des Restless-legs Syndroms würden gute Therapieoptionen bestehen. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr.med. P. \_\_\_\_\_ aus, die bisherige Tätigkeit als Zim-

mermädchen bzw. Angestellte in einem Hotel sei aus neurologischer Sicht um 50% eingeschränkt, wobei sich eine Reduktion um 20% für körperlich schwere Tätigkeiten aufgrund der lumboradikulären Schmerzen ergebe und um 30% infolge des Restless legs Syndroms mit eingeschränktem Schlaf und Tagesmüdigkeit, diese Einschränkung sei therapeutisch jedoch angebar. In einer angepassten Tätigkeit, das heisst ohne schwere körperliche Arbeit und mit Wechselbelastung bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30% aufgrund des Restless-legs Syndroms. Auf die Frage nach den Ressourcen der Versicherten hielt Dr.med. P.\_\_\_\_\_ fest, die Versicherte erscheine intelligent, spreche gut deutsch und sei vielfältig interessiert, infolgedessen sei auch die Basis für das Erreichen einer gewissen Leistungsfähigkeit gegeben (Vi-act. 161-72/131 ff.).

**4.17.3** Der rheumatologische Gutachter beschreibt eine Bewegungseinschränkung im LWS-Segment sowie eine muskuläre Insuffizienz. Weitere Befunde (insbesondere rheumatologische Erkrankungen) konnten nicht festgestellt werden. Es hätten sich Hinweise für eine Aggravation gefunden. Die Arbeitsfähigkeit schätzte Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ auch in Bezug auf die Tätigkeit im A.\_\_\_\_\_ als Mitarbeiterin in der Reinigung auf 100%. Mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten mit regelässigem Heben von Gewichten über 10 kg seien jedoch nicht zumutbar (Vi-act. 161-87/131 ff.).

**4.17.4** Im neuropsychologischen Gutachten führen lic.phil. T.\_\_\_\_\_ und Mag. AB.\_\_\_\_\_ in der Beurteilung aus, aufgrund der Verhaltensbeobachtung und der Testergebnisse bestehe eine neuropsychologische Störung, erklärbar im Rahmen der psychiatrischen und neurologischen Symptomatik sowie wahrscheinlich überlagert durch eine unbewusste Symptomverdeutlichung. Deshalb könne das Ausmass der neuropsychologischen Störung nicht quantifiziert werden. Unter dem Titel "Validität und Konsistenz der neuropsychologischen Befunde" erörtern die neuropsychologischen Gutachter, dass das Antwortverhalten in den durchgeführten Beschwerdevalidierungstests auffällig gewesen sei. Die Testbefunde seien eingeschränkt konsistent mit der eigenanamnestisch beschriebenen Alltagsfunktionalität. Auf Grund der Befunde wäre nicht zu erwarten, dass die Selbständigkeit im Alltag weitgehend gegeben sei, dass die Versicherte das Administrative und Finanzielle selber regle oder dass sie noch selber Auto fahre. Aufgrund der verminderten Belastbarkeit sei nur eine verkürzte Testbatterie durchgeführt worden, was die Validität der Befunde einschränke. Die festgestellten Inkonsistenzen und Verhaltensauffälligkeiten seien wahrscheinlich erklärbar im Rahmen einer krankheitswertigen psychiatrischen Störung sowie der neurologischen Symptomatik. Aufgrund dessen müsse nicht von einer bewussten Aggravation ausgegangen werden, wohl aber von einer unbewussten Symptom-

verdeutlichung. Das testpsychologisch objektivierte Profil widerspiegeln wahrscheinlich nicht das effektive Leistungsvermögen der Explorandin. In Bezug auf die Frage nach der Arbeitsfähigkeit führen die neuropsychologischen Gutachter entsprechend aus, das Vorliegen einer neuropsychologischen Störung sei zwar möglich, doch könne eine solche nicht quantifiziert werden und deren Validität sei nicht sicher gegeben. Die Arbeitsfähigkeit könne deshalb nicht beurteilt werden (Vi-act. 161-104/131 ff.).

**4.17.5** Der psychiatrische Teilgutachter med.pract. R. \_\_\_\_\_ führt in seiner Beurteilung aus (Vi-act. 161-127/131 ff.):

Bei der heutigen Untersuchung und Exploration stellte sich eine Versicherte vor, die doch eher wenig Auffälligkeiten im Psychostatus zeigte. Die von der Versicherten gemachten Angaben zu ihren Symptomen wirkten wie "auswendig gelernt", wie aus einem Lehrbuch, als würde sie eine Liste von Symptomen auswendiggelernt aufsagen (...). Vor diesem Hintergrund kann das Testergebnis (...), das einen Hinweis auf das Bestehen einer leichten depressiven Störung zeigte, nur eingeschränkt verwertet werden.

(...)

Es ergab sich eine Diskrepanz, da die Versicherte angab, unter tränenlosen Weinens", eben nicht mehr weinen zu können, dies jedoch während der Exploration einmalig tat (...), ebenso erschien das Tagesprofil diskrepant, da die Versicherte erzählte, dass sie selbständig ein Auto chauffieren würde, an einen See, an den Waldrand, weil ihr dies gut tue, wenn sie dort sei, dass sie Kontakt auch ausserfamiliär (Kollege, Schwester, Bruder) pflege, ihre Emails "checke" und "bei Facebook aktiv nicht mehr bei Instagram" sei.

Bei der heutigen Untersuchung und Exploration erschien allenfalls eine diskrete depressive Symptomatik im Vordergrund zu stehen.

Hier bleibt vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte der Versicherte nachvollziehbar, dass sich bei ihr eine Dysthymia, wie im MEDAS-Gutachten vom 11.05.2016 diagnostiziert, entwickelt hat. Warum diese jedoch wie in dem bezeichneten MEDAS-Gutachten angegeben, "wesentliche Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit" beinhalten sollte, bleibt etwas offen. (...).

Es bleibt weiter vorstellbar, dass, wie der Aktenlage zu entnehmen ist und auch entsprechend der Definition der Dysthymie, diese von weiteren, anderen depressiven Episoden überlagert wurde, die sich hieraus entwickelt haben. (...).

Eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine sonst geartete Traumafolgestörung liess sich nicht explorieren, (...).

Heute liess sich allenfalls eine leichte depressive Störung feststellen. Eine schwere depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, wie im Austrittsbericht der Klinik Zugersee vom 26.01.2017 angeführt, konnte heute nicht festgestellt werden. Die in dem bezeichneten Bericht zur Grundlage genommene Symptomatik für die bezeichnete Diagnose, stellte sich heute auch etwas anders dar, so dass die Diagnose "mit psychotischen Symptomen" doch zu hinterfragen sei.

Die von der Versicherten angegebenen Halluzinationen, "Stimmenhören und eine Kakosmie" liessen sich doch als Pseudo-Halluzinationen mit erhaltener

Realitätskontrolle darstellen. (...). Es darf noch angemerkt werden, dass Wahrnehmungsstörungen ohne inhaltliche Denkstörungen, die heute nicht bei der Versicherten bestanden, eher selten sind.

Insgesamt wirkte die Darstellung der Versicherten eher etwas konversionsneurotisch.

Inwieweit welche, mit welcher Ausprägung, welcher Stärke vorbestehenden depressiven Einbrüche bestanden haben, konnte nicht mehr im eigentlichen engeren Sinne bei der Exploration geklärt werden, erschliesst sich abschliessend auch nicht aus der Aktenlage.

So soll heute nicht die Diagnose einer Panikstörung (...) gestellt werden.

Zum einen beschreibt die Versicherte zwar sämtliche zur Diagnosestellung notwendigen Symptome, wirkte jedoch heute in der Darstellung eher wenig nachvollziehbar und einfühlbar. Zudem soll die Diagnose einer Angst- oder Panikstörung, entsprechend ICD-10, sofern auch eine depressive Störung besteht, nicht gestellt werden, da unter diesen Umständen die Panikattacken wahrscheinlich sekundäre Folge der Depression sind.

(...).

Für die Diagnosestellung einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), wie im MEDAS-Gutachten vom 11.05.2016 getan, wurden nicht die entsprechenden Diagnose-Kriterien abschliessend erfüllt, so dass die Diagnosen einer undifferenzierten Somatisierungsstörung gestellt werden soll. Möglicherweise ist im Verlauf eine leichte Besserung eingetreten, die sich auch im Absenken der Behandlungsfrequenz durch die Versicherte, da es andere Dinge zu erledigen gibt, ausdrücken dürfte.

(...).

Deutlich wurde bei der heutigen Untersuchung und Exploration, dass vielfältige psychosoziale Belastungsfaktoren bestehen. (...).

Vielleicht lässt sich hieraus auch eine gewisse Therapieresistenz ableiten und erklären. Da bei der Versicherten es so erscheint, dass ihre Vorstellungen überwiegend von persönlicher Krankheitsüberzeugung, Lebensentwürfen, Zielsetzungen, welche auch durch psychosoziale und soziokulturelle Überlegungen, auch hinsichtlich Zukunftsperspektiven vorbewusst bis bewusst geprägt werden können, zu bestehen scheint. Hieraus resultiert ein teilweise auch appellativ vorgebrachtes Schon- und Vermeidungsverhalten, die Einnahme eines sogenannten Krankenrollenverhaltens. Hieraus dürfte sich eine geringe Veränderungsbereitschaft und allfällige Therapieresistenz ableiten und erklären lassen.

Die bei der Versicherten bei der heutigen Untersuchung und Exploration feststellbaren Diagnosen auf psychiatrischem Fachgebiet zogen nur eine geringe Einschränkung der Leistungs-, Belastungsfähigkeit und damit ihrer Arbeitsfähigkeit nach sich.

(...). In Zukunft könnte beim Auftreten neuerlicher oder schwererer depressiver Einbrüche vorübergehend wieder eine höhere Arbeitsunfähigkeit bestehen. Vor dem Hintergrund der zu stellenden Diagnosen lässt sich jedoch keine ausgeprägte, abschliessende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, insbesondere nicht in rentenbegründendem Ausmass auf Dauer ableiten.

Auf die Frage nach allfälligen Hinweisen für eine Aggravation oder Simulation hielt der psychiatrische Gutachter fest, es bestehe ein Hang zur Aggravation und die Darstellung der Symptomatik erscheine eher wenig nachvollziehbar und wenig einfühlbar. Die Arbeitsfähigkeit schätzte der psychiatrische Gutachter aus rein psychiatrischer Sicht auf 80% für alle dem körperlichen Belastungsprofil angepassten Tätigkeiten.

**4.17.6** Der RAD-Arzt Dr.med. N. \_\_\_\_\_ hielt mit Stellungnahme vom 14. Juni 2018 fest, das AD. \_\_\_\_\_-Gutachten sei nachvollziehbar, wobei die aus neurologischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit an der oberen Grenze des Ermessensspielraums liege, d.h. eher versichertenfreundlich sei (Vi-act. 162-8/8).

Nach Vorliegen der Einwendungen der Versicherten gegen das Gutachten hielt der RAD-Arzt Dr.med. N. \_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 16. August 2018 fest, diese seien vorwiegend juristischer Art. Gegen Zusatzfragen habe er nichts einzuwenden. Ein Auftrag für die Erstellung eines neuen Gutachtens sei allerdings nicht indiziert (Vi-act. 168-9/9).

**4.17.7** Am 22. November 2018 liess die Versicherte der Vorinstanz mitteilen, dass sie erneut in die psychiatrische Klinik eingetreten sei (Vi-act. 172).

Gemäss Austrittsbericht der Klinik Zugersee (triaplus) vom 17. Dezember 2018, wurde die Versicherte vom 15. November 2018 bis zum 13. Dezember 2018 stationär behandelt (Vi-act. 180). Der Eintritt erfolgte per FU-Zuweisung durch Dr.med. H. \_\_\_\_\_, ... infolge zunehmend depressiver Symptomatik mit psychotischem Erleben in Form von imperativen Stimmen. Neben der antidepressiven Medikation sei zusätzlich ein Neuroleptikum verordnet worden, was zu einer Regression der psychotischen Symptomatik und zu einer psychischen Stabilisierung geführt habe. Ein Kontroll-MRI sei unauffällig ausgefallen. Belastungserprobungen seien komplikationslos verlaufen. Im Bericht wird des Weiteren auf verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren hingewiesen (finanzielle Sorgen, Arbeitslosigkeit, Streit mit Ehemann, Schulden eines Sohnes). Der Austritt sei in deutlich psychisch stabilerem Zustand in gegenseitigem Einvernehmen erfolgt.

**4.18** Mit Schreiben vom 15. Oktober 2019 nahm Prof.Dr.med. U. \_\_\_\_\_, Ärztlicher Leiter AD. \_\_\_\_\_ AG, zu Ergänzungsfragen der Versicherten Stellung (Vi-act. 182; nachdem von Seiten der IV-Stelle neunmal um Beantwortung dieser Fragen ersucht worden war).

Dabei hielt er in Bezug auf mögliche neuropsychologische Störungen fest, solche würden wohl vorliegen, sie liessen sich aufgrund des suboptimalen Leistungsverhaltens jedoch nicht quantifizieren.

In Bezug auf Ausführungen zum Bildungsniveau führte er aus, es sei eine Frage der Interpretation, ob man acht Jahre Schulzeit als niedriges Bildungsniveau bezeichne oder nicht.

Zur Frage der Therapieadhärenz führte er aus, in Ziff. 5.1.8 des Gutachtens würde versehentlich nur auf die körperlich orientierten Therapien Bezug genommen. Diesbezüglich seien im Zeitpunkt der Begutachtung keine Therapien durchgeführt worden. Zudem äusserte er sich zu weiteren - zuweilen auf eine juristische Interpretation ausgerichtete - Ergänzungsfragen der Beschwerdeführerin.

**4.19** Der RAD-Arzt Dr.med. N.\_\_\_\_\_ wies mit Stellungnahme vom 29. Oktober 2019 darauf hin, dass die Medas AD.\_\_\_\_\_ trotz der Bitte von Seiten der IV-Stelle nicht zum neuen Arztbericht der Psychiatrischen Klinik Zugersee Stellung genommen habe (Vi-act. 183-10/11 f.). Bei der Versicherten liege die Problematik einer rezidivierenden depressiven Störung vor. Gemäss Medas AD.\_\_\_\_\_ werde davon ausgegangen, dass solche "Schübe" jeweils mit psychiatrischer Behandlung wieder in Remission gebracht werden könnten. Er gewinne weiter den Eindruck, dass die depressiven Dekompensationen im Zusammenhang mit dem IV-Verfahren stehen könnten. Es stelle sich die Frage, ob auch die Dekompensation vom November/Dezember 2018 in der Zwischenzeit wieder remittiert sei. Diesbezüglich kommt Dr.med. N.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass weitere Abklärungen notwendig seien. Die Akten müssten aktualisiert werden und es müssten neue Arztzeugnisse von allen Therapeuten eingeholt werden. Anschliessend werde er ein psychiatrisches Konsilium veranlassen.

**4.20** Dr.med. Y.\_\_\_\_\_ führte in der Folge auf Anfrage der IV mit Bericht vom 5. Januar 2019 (recte: 2020) zum Verlauf seit April 2017 aus, neu bestünde die Verdachtsdiagnose eines passageren Cluster Headaches 05/2018 und eines Restless-legs Syndromes. Diese neuen Diagnosen seien für die Arbeitsfähigkeit irrelevant. Zur Arbeitsfähigkeit hält er fest, aus seiner Sicht hätte sich seit dem Medas-Gutachten von 2016 keine Änderung ergeben. Dies gelte insbesondere für rheumatologisch-orthopädische Diagnosen. Leichte körperliche Arbeiten in Wechsellage ohne Heben und Tragen von Gewichten von über 10 kg könne die Patientin im Umfang von 60-70% ausüben. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht verweist Dr.med. Y.\_\_\_\_\_ auf die Therapeuten der triaplus.

**4.21** Mit Verlaufsbericht der Ambulanten Psychiatrie (triaplus) vom 8. Januar 2020 zu Händen der IV führen der Psychiater Dr.med. V.\_\_\_\_\_ und die Psychotherapeutin AA.\_\_\_\_\_ zum Verlauf seit der letzten Berichterstattung (Frühjahr 2017) aus (Vi-act. 184-1/2 f.).

Im Berichtszeitraum fanden insgesamt 67 Einzelsitzungen mit der zuständigen Therapeutin statt und fünf weitere Einzelgespräche im Rahmen des Besuchs der Tagesstätte. Vier gemeinsame Untersuchungen wurden mit einem Kaderarzt durchgeführt. Die Patientin nahm an 87 halben Tagen am Programm unserer Tagesstätte teil. Sie arbeitete zwei halbe Tage im IST-Programm der BSZ.

Es wurde eine Helferkonferenz durchgeführt. (...). In den Einzeltherapien berichtet die Patientin immer wieder über psychosoziale Belastungsfaktoren (Schulden, finanzielle Schwierigkeiten und familiäre Probleme) die ihren psychischen Zustand entscheidend mitbeeinflussten. Auch somatische Beschwerden seien Faktoren, die sie belasten. Unseren Empfehlungen, hinsichtlich der somatischen Beschwerden ihren Hausarzt aufzusuchen, kam die Patientin erst im November 2019 nach.

In der gemeinsamen psychotherapeutisch / ärztlichen Untersuchung vom 16.12.2019 beschrieb die Versicherte aktuell einen Erschöpfungszustand, sie sei fast zusammengebrochen, Schwierigkeiten mit Konzentration und Vergessen, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten (Alpträume), Stimmungsschwankungen, teilweise Zittern. Morgentief, Appetitlosigkeit, ständige Übelkeit erlebe sie ebenfalls. Sie beschreibt sich als gefühlslos, weint im Gespräch fast durchgehend. Keine Suizidalität.

Insgesamt ergeben sich deutliche Hinweise, dass die Patientin ihre Symptomatik aggraviert.

Aktuell unterstütze sie eine Freundin, die eine Pension habe. Aktuell werde ab Januar ein Arbeitsvertrag 10% im Winter und 20% im Sommer ausgearbeitet.

Im Weiteren wird auf ein Gespräch vom 3. Dezember 2019 zwischen der Leiterin der Tagesstätte und der behandelnden Therapeutin über den Verlauf der Behandlung im fraglichen Zeitraum hingewiesen. Zum Ergebnis wird festgehalten, dass die psychischen Schwierigkeiten der Patientin vorrangig psychosozial bedingt seien.

Zur Frage nach der Arbeitsfähigkeit wird im Verlaufsbericht festgehalten, es werde für den Berichtszeitraum keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit bleibe weiterhin unklar.

**4.22** Nach Vorliegen der Verlaufsberichte hielt der RAD-Arzt Dr.med. N.\_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 16. März 2020 fest, es bestehe kein Grund, nicht auf das AD.\_\_\_\_\_-Gutachten abzustellen. Auch von Seiten der triplus werde von einer Aggravation ausgegangen und der Hausarzt schätze die Arbeitsfähigkeit der Versicherten praktisch gleich ein wie die AD.\_\_\_\_\_-Gutachter (Vi-act. 186-10/10).

**5.1** Aus den dargelegten medizinischen Akten ergibt sich, dass die Versicherte zwei Mal umfassend gutachterlich abgeklärt worden ist. Auch wenn die zwei Gutachten inhaltlich nicht vollständig übereinstimmen, so sind sie in Bezug auf die Schlussfolgerungen doch weitgehend deckungsgleich. In somatischer Hinsicht werden gewisse degenerative Veränderungen beschrieben, jedoch keine schwerwiegenden Einschränkungen. Die im Rahmen der zweiten Begutachtung

neu gestellte Diagnose eines Restless-legs Syndromes wird als behandelbar qualifiziert, im Rahmen der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit jedoch als zusätzliche Einschränkung berücksichtigt. In beiden Gutachten werden Inkonsistenzen und Symptomverdeutlichungen beschrieben. Insbesondere haben beide psychiatrischen Gutachter Diskrepanzen zwischen den geschilderten Symptomen und der geschilderten Lebensgestaltung (Aktivitäten) festgestellt. Auch wird in beiden Gutachten auf verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren hingewiesen. Sinngemäss übereinstimmend gehen die beiden psychiatrischen Teilgutachter davon aus, dass die psychosoziale Situation sowie die persönlichen Vorstellungen der Versicherten das Beschwerdebild aufrechterhalten und prägen. In Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ergibt sich zwischen den beiden Gutachten eine Diskrepanz, welche im Wesentlichen auf die im zweiten Gutachten berücksichtigte neu gestellte Diagnose eines Restless-legs Syndromes zurück zu führen ist.

Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im AD. \_\_\_\_\_-Gutachten stimmt des Weiteren auch mit der Einschätzung des Hausarztes der Versicherten sowie den behandelnden Fachärzten und Therapeuten der Ambulanten Psychiatrie (triaplus) überein. Der Hausarzt geht von einer Arbeitsfähigkeit von 60-70% in einer körperlich angepassten Tätigkeit aus, die Therapeuten der Ambulanten Psychiatrie vermögen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren und es wird sowohl aggravierendes Verhalten vermutet als auch - wiederum übereinstimmend mit den psychiatrischen Gutachtern - auf die das Krankheitsbild prägenden und unterhaltenden psychosozialen Faktoren hingewiesen.

Das AD-Gutachten beruht auf umfassenden fachärztlichen Untersuchungen. Dass bestimmte geklagte Beschwerden nicht berücksichtigt wurden, ist nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht. Das Gutachten erging im Übrigen in Kenntnis der Anamnese und ist nachvollziehbar und begründet, zumal es mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte der Ambulanten Psychiatrie (triaplus) und des Hausarztes übereinstimmt.

**5.2** Die von der Beschwerdeführerin zu Recht gerügte Verzögerung der Beantwortung ihrer Ergänzungsfragen durch die Gutachterstelle AD. \_\_\_\_\_ AG, vermag am Beweiswert des Gutachtens nichts zu ändern. Es besteht keine gesetzliche Grundlage dafür, dass ein Gutachten allein infolge Verzögerung bei der Beantwortung von Ergänzungsfragen seine Beweiskraft verlieren würde. Auch die Bestimmung von Art. 72<sup>bis</sup> IVV lässt einen solchen Schluss nicht zu. Die Bestimmung sieht vor, dass polydisziplinäre Gutachten nach dem Zufallsprinzip an Gutachterstellen vergeben werden, mit welchen das Bundesamt eine Vereinbarung hat. Diese Vorgabe wurde vorliegend unstreitig eingehalten. Die Vereinbarung zwischen der Gutachterstelle und dem Bundesamt für Sozialversicherung

betreffend die Durchführung von polydisziplinären Gutachten gemäss Art. 72<sup>bis</sup> IVV sieht vor, dass die Frist zur Erstellung eines Gutachtens 130 Tage (ab Eingang der Akten bei der Gutachterstelle) beträgt. Als Rechtsfolge für Verzögerungen wird der Ausschluss von der Vergabe vorgesehen, solange bis sich die Anzahl der in Verzug geratenen Gutachten wieder in einer Toleranzgrenze (18%) bewegt (vgl. Mustervereinbarung, einsehbar unter: [www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/grundlagengesetze/organisation-iv/medizinische-gutachten-iv.html](http://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/grundlagengesetze/organisation-iv/medizinische-gutachten-iv.html)). Die vorliegende Verzögerung kann insofern von Bedeutung sein, als dass durch zwischenzeitliche Veränderungen des Gesundheitszustandes die Aussagekraft des Gutachtens eingeschränkt oder gar aufgehoben wird. In casu verhält es sich so, dass nach Erlass des Gutachtens erneut eine stationäre Behandlung in der Psychiatrischen Klinik Zugersee veranlasst worden war. Der RAD-Arzt Dr.med. N.\_\_\_\_\_ verlangte in der Folge deshalb zu Recht eine Aktualisierung der medizinischen Akten. Nach Vorliegen der aktuellen Berichte von Hausarzt sowie behandelnden Therapeuten und Fachärzten der Ambulanten Psychiatrie (triaplus) hat Dr.med. N.\_\_\_\_\_ dann nachvollziehbar und korrekt den Schluss gezogen, dass weiterhin auf das AD-Gutachten abgestellt werden kann. Eine relevante anhaltende Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem Erlass des AD-Gutachtens ist aus den aktuellen Verlaufsberichten der behandelnden Ärzte und Therapeuten nicht erkennbar.

**5.3** Dass im AD.\_\_\_\_\_ -Gutachten zu Unrecht festgehalten werde, es liege (trotz Schulbesuchs während nur 8 Jahren und fehlender Berufsausbildung) kein niedriges Bildungsniveau vor, vermag ebenfalls nichts am Beweiswert des Gutachtens zu ändern. Die Einschätzung des Bildungsniveaus ist letztlich auch subjektiv geprägt und ohne wesentliche Relevanz für die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Entscheidend ist, dass der Versicherten von verschiedener Seite (Ärzte, Arbeitgeber) eine schnelle Auffassungsgabe, Intelligenz und sehr gute Deutschkenntnisse attestiert wurden. Die Vorinstanz verweist vernehmlassend zu Recht auch auf die Aussage der Versicherten, wonach sie Klassenbeste gewesen sei und die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung aufgefallene lehrbuchmässige Aufzählung verschiedener Diagnosekriterien (zum Ganzen: Vi-act. 3-3/5, 4-1/2, 26-1/3 f., 47-4/6, 56-6/6, 134-17/49, 134-27/49 f., 161-26/131, 161-74/131, 161-96/131, 161-124/131).

Dass das AD.\_\_\_\_\_ -Gutachten in Bezug auf die Frage der Therapieadhärenz einen Widerspruch beinhaltet, ändert ebenfalls nichts an dessen Beweiskraft. Im Rahmen des interdisziplinären Gutachtens wird auf S. 41 zu den Ressourcen festgehalten, dass zur Zeit keine Therapien durchgeführt würden, da diese die Beschwerden eher verstärkten. Auf S. 22 des interdisziplinären Gutachtens wird

hingegen korrekt festgehalten, dass aktuell eine Psychotherapie durchgeführt werde. Verschiedene physikalische Therapien seien durchgeführt worden, hätten jedoch keine positiven Wirkungen gezeigt. Der dargestellte Widerspruch ergibt sich gemäss der Stellungnahme von Prof.Dr.med. U. \_\_\_\_\_ daraus, dass auf S. 41 des Gutachtens versehentlich nur die körperlich orientierten Therapien berücksichtigt würden (vgl. Vi-act. 182-2/5). Entscheidend ist vorliegend, dass im psychiatrischen Teilgutachten die die psychische Erkrankung betreffenden Therapien umfassend berücksichtigt werden (Vi-act. 161-122/131). Die von Seiten des psychiatrischen Gutachters attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% wurde im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einkalkuliert.

**5.4.1** Wie bereits erwähnt, rügt die Versicherte auch die Nichtbeantwortung verschiedener von ihr gestellten Fragen. Dadurch werde das rechtliche Gehör verletzt.

Aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör und dem daraus abgeleiteten Recht, sich zum Beweisergebnis zu äussern, ergibt sich für die versicherte Person auch das Recht Erläuterungs- und Ergänzungsfragen an medizinische Gutachter zu stellen (vgl. BGE 136 V 113). Daraus ergibt sich jedoch kein Anspruch darauf, dass die Versicherung allfällige Fragen der versicherten Person unbesehen ihrer Quantität und Qualität den Gutachtern vorzulegen hat. Ziel der Mitwirkungsmöglichkeit ist eine einzelfalladäquate Fragestellung, welche zur Qualität des Gutachtens wesentlich beitragen kann. Von der Beantwortung von Ergänzungsfragen durch den Experten kann somit abgesehen werden, wenn davon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile BGer 9C\_634/2015 v. 15.3.2016 Erw. 4.1; 8C\_386/2014 v. 6.10.2014 Erw. 4.3). Dementsprechend ergibt sich aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör auch nicht, dass die Experten Ergänzungsfragen zu beantworten haben, welchen keine Entscheide Relevanz zukommt, welche nicht in ihre Fachkompetenz fallen (z.B. juristisch geprägte Fragen) oder deren Beantwortung sich aus ihren vorhandenen Beurteilungen des Gesundheitszustandes ohne weiteres ergeben.

**5.4.2** Als nicht beantwortete Ergänzungsfrage verweist die Beschwerdeführerin zunächst auf ihrer Frage nach Ergebnissen der Fremdanamnese und ob sich eine von den Gutachtern angenommene Verbesserung des Gesundheitszustandes damit vereinbaren lasse. Beschwerdeweise wendet die Versicherte ein, Widersprüche zwischen Fremdanamnesen und gutachterlicher Beurteilung würden die Beweiskraft des Gutachtens schmälern.

Praxisgemäss ist im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese entscheidend. Eine Fremdanamnese und (schriftliche oder mündliche) Auskünfte der behandelnden Arztpersonen sind häufig wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich. Anfragen beim behandelnden Arzt oder bei der behandelnden Ärztin sind u.a. wertvoll, wenn sie erweiterte Auskünfte über Persönlichkeit und Compliance der zu explorierenden versicherten Person erwarten lassen. Die Notwendigkeit der Einholung solcher Fremdanamnesen ist in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens (Urteile BGer 9C\_292/2018 v. 15.1.2018 Erw. 5.2.2.1; 9C\_115/2018 vom 27. Juni 2018 Erw. 6.2.2 und 8C\_602/2017 vom 1. 3.2018 Erw. 4.4). Auch aus den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ergibt sich in dieser Hinsicht nichts anderes (Urteil BGer 9C\_292/2018 v. 15.1.2018 Erw. 5.2.2.1 m.H. auf SZS 2016 S. 435 ff.).

In casu standen den Gutachtern verschiedene, auch aktuelle Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte und Therapeuten zur Verfügung. Diese wurden im Rahmen der Beurteilung auch berücksichtigt. Es ist nicht ersichtlich und wird auch nicht dargelegt, dass weitere fremdanamnestische Auskünfte für die Begutachtung neue und relevante Erkenntnisse gebracht hätten.

**5.4.3** Die Frage nach einer Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit infolge reduzierter Belastbarkeit, reduziertem Arbeitstempo, erhöhtem Pausenbedarf und/oder qualitativer Einbusse der Arbeitsfähigkeit wird im Gutachten nicht ausdrücklich beantwortet. Die Arbeitsunfähigkeit wird im Gutachten jedoch im Rahmen einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung umfassend eingeschätzt. Die festgestellte Einschränkung von insgesamt 30% resultiert aus psychischen und neurologisch bedingten Einschränkungen. Dass dabei verschiedene einschränkende Anteile nicht konkret auseinander dividiert und ziffernmässig bemessen werden, stellt weder eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör dar, noch ist darin eine Einschränkung der Beweiskraft des Gutachtens zu erblicken. Im Übrigen beantwortet Prof. Dr.med. U.\_\_\_\_\_ in seiner Ergänzung vom 15. Oktober 2019 die Frage, indem er festhält, dass eine reduzierte Belastbarkeit bestehe (kein Heben und Tragen von Lasten über 10 kg), und ausführt, dass die durch das Restless-legs Syndrom verursachten Schlafschwierigkeiten und die psychiatrischen Befunde eine reduzierte Belastbarkeit und damit verbunden ein reduziertes Arbeitstempo bewirkten (Vi-act. 182-4/5). Die reduzierte Arbeitsfähigkeit ergibt sich mithin gerade aus diesen Einschränkungen.

**5.4.4** Die Frage nach der Realisierbarkeit der Arbeitsfähigkeit nach langer Abwesenheit vom Arbeitsmarkt ist eine Rechtsfrage. Praxisgemäss ist es nicht

Aufgabe der Arztperson, sich zu den erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen, namentlich zu den aufgrund von Anforderungs- und Belastungsprofil in Betracht fallenden Stellen, oder zur Integration in den ersten Arbeitsmarkt zu äussern (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f.; Urteil BGer 8C\_30/2020 v. 6.5.2020 Erw. 4.2). Die Frage der Realisierbarkeit der Restarbeitsfähigkeit stellt sich im Zusammenhang mit der Bemessung des Invalideneinkommens. Dabei ist allerdings nicht massgebend, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitsplätzen bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG; BGE 138 V 457 Erw. 3.1; 110 V 273 Erw. 4b S. 276; Urteil BGer 8C\_464/2019 v. 28.11. 2019 Erw. 5.4). Es ist mithin jeweils im Rahmen der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen zu prüfen, ob der ausgeglichene Arbeitsmarkt Tätigkeiten beinhaltet, welche dem von den Gutachtern festgestellten Anforderungs- und Belastungsprofil der Versicherten Rechnung tragen.

**5.4.5** Die Frage, ob IV-fremde psycho-soziale oder soziokulturelle Umstände zur Entwicklung eines eigenständigen, invalidisierenden Gesundheitsschadens geführt haben, wird im psychiatrischen Gutachten sinngemäss beantwortet, indem eine entsprechende Diagnose nicht gestellt wird und auf vielfältige psychosoziale Belastungsfaktoren zwar hingewiesen wird, diese jedoch als versicherungsmedizinisch nicht relevant bezeichnet werden. Im psychiatrischen Gutachten wird allerdings vermutet, dass sich aus diesen Belastungsfaktoren eine gewisse Therapieresistenz ableiten und erklären lasse (Vi-act. 161-129/131). Prof. Dr.med. U.\_\_\_\_\_ führt in seinen Ergänzungen vom 15. Oktober 2019 in dem Sinne nochmals klar aus, dass psychosoziale oder soziokulturelle Umstände nicht zur Entwicklung eines eigenständigen Gesundheitsschadens geführt hätten (Vi-act. 182-4/5).

**5.4.6** Der zwar als Frage formulierte, aber sinngemäss als rechtliche Information oder Belehrung an die Gutachter zu qualifizierende Hinweis, wonach Angststörungen nicht zu den patho-genetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gehörten, musste von den Gutachtern nicht beantwortet werden, nachdem von diesen keine Angststörung diagnostiziert worden war, zumal es sich auch um eine bloss vermeintliche Frage handelte.

**5.4.7** Die Frage, ob die bisherige psychiatrische Behandlung lege artis erfolgt ist, wird im Gutachten auf S. 43 bejaht und damit auch beantwortet (Vi-act. 161-

43/131). Im psychiatrischen Teilgutachten wird festgehalten, dass psychopharmakotherapeutisch noch allfällige Therapieoptionen vorliegen würden, "sofern benötigt" (Vi-act. 161-130/131). Aus dem psychiatrischen Teilgutachten ergibt sich aber auch, dass nur von sehr geringen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ausgegangen wird und es wird zudem die Problematik der Therapieresistenz erörtert (Vi-act. 161-129/131). Auch in Bezug auf die Frage, ob die bisherige Therapie lege artis erfolgt ist, kann somit nicht von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs gesprochen werden und das Gutachten ist diesbezüglich nicht lückenhaft.

**5.4.8** Die Frage, weshalb die Arbeitsfähigkeit trotz beruflichen Massnahmen (Arbeitsversuch) nicht habe gesteigert werden können, wird im Gutachten beantwortet (persönliche Krankheitsüberzeugung, Lebensentwürfe, psychosoziale Umstände, appellatives Schon- und Vermeidungsverhalten usw., vgl. Vi-act. 161-129/131 f.). Dass mehr als zwei Jahre vor der AD. \_\_\_\_\_-Begutachtung ein Eingliederungsversuch beim Verein ... durchgeführt worden ist, war den Gutachtern bekannt (Vi-act. 161-25/131, 161-69/131, 161-85/131, 161-97/131, 161-121/131).

**5.4.9** Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin hat sich der psychiatrische Teilgutachter auch mit den Diagnosen und Einschätzungen der behandelnden Therapeuten und Fachärzten auseinander gesetzt (vgl. Vi-act. 161-128/131 f.). Der psychiatrische Teilgutachter hat im Übrigen eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 20% aufgrund psychischer Einschränkungen anerkannt, während die behandelnden Ärzte und Therapeuten im Verlaufsbericht vom 8. Januar 2020 festgehalten haben, es könne keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden (Vi-act. 184-1/2 f.). Zu Gunsten der Versicherten wurde auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten abgestellt und damit auch eine Einschränkung aus psychiatrischer Sicht berücksichtigt.

**5.5** Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin bildet auch die Beurteilung des RAD-Arztes vom 29. Oktober 2019 (Vi-act. 183-10/11 f.) keine Grundlage dafür, nicht auf das AD. \_\_\_\_\_-Gutachten abzustellen. Der RAD-Arzt kritisiert darin zu Recht, dass unklar sei, welche festgestellten neuropsychologischen Defizite einem medizinischen Korrelat entsprechen würden. Aus diesem Grund erachtete er das Gutachten zunächst auch als nicht nachvollziehbar und er verlangte infolge der zwischenzeitlich erneuten psychiatrischen Hospitalisation die Einholung aktueller Berichte. Nachdem die aktuellen Berichte im Ergebnis grundsätzlich mit der Einschätzung der AD. \_\_\_\_\_-Gutachter übereinstimmten, hielt der RAD-Arzt dann fest, auf das AD. \_\_\_\_\_-Gutachten könne abge-

stellt werden, was nicht als widersprüchlich qualifiziert werden kann und an der Beweiskraft des Gutachtens nichts zu ändern vermag.

Es ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass neuropsychologische Tests keine rein objektive Leistungsmessung darstellen, sondern sie hängen massgeblich von der Kooperationsbereitschaft und der Motivation der Exploranden ab (vgl. Germann, Die gerichtlichen Vorgaben an polydisziplinäre Gutachten bei Schleudertrauma, SZS 2009 S. 386 f. m.H.). Aus diesem Grund wird denn im neuropsychologischen Teilgutachten unter Hinweis auf Symptomverdeutlichung und Auffälligkeiten im Antwortverhalten auch eine Validität der Testergebnisse verneint.

**5.6** Soweit die Beschwerdeführerin einwendet, der RAD-Arzt gehe zu Unrecht von aggravatorischem Verhalten der Versicherten aus, ergibt sich daraus nichts, was gegen die Beweiskraft des AD. \_\_\_\_\_-Gutachtens sprechen würde. Die Rechtsprechung verneint eine versicherte Gesundheitsschädigung insoweit, als die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (vgl. BGE 141 V 281 Erw. 2.2.1; Urteile BGer 8C\_378/2018 v. 30.11.2018 Erw. 6.2; 8C\_604/2017 v. 15.3.2018 Erw. 6.1 m.H.). Im AD. \_\_\_\_\_-Gutachten werden zwar verschiedentlich Verdeutlichungstendenzen und Inkonsistenzen beschrieben, dennoch wurde eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anerkannt und begründet. Die Vorinstanz weist denn vernehmlassend zu Recht darauf hin, dass aus den Hinweisen auf aggravatorisches Verhalten nicht der Schluss gezogen worden sei, es liege überhaupt keine nachweisbare Symptomatik vor. Weitere Ausführungen zur Frage der Aggravation erübrigen sich daher.

**5.7** Es ist unbestritten und wird durch die Vorinstanz bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch berücksichtigt, dass die Versicherte in den letzten acht Jahren viermal in der Psychiatrischen Klinik Zugersee stationär behandelt worden ist. Die bis zur Begutachtung erfolgten Hospitalisationen wurden auch von den Gutachtern berücksichtigt und die nach der Begutachtung erfolgte vierte Hospitalisation wurde in den aktuellen Verlaufsberichten der behandelnden Ärzte und Therapeuten berücksichtigt. Die stationären Aufenthalte sprechen für sich allein nicht gegen eine Arbeitsfähigkeit. Es fällt zudem auf, dass die stationären Aufenthalte - abgesehen vom ersten Aufenthalt - mit Ereignissen im Zusammenhang mit dem IV-Verfahren korrelieren. Der zweite Aufenthalt in der PKO erfolgte im Anschluss an die zweite Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen, der dritte Aufenthalt erfolgte, nach Vorliegen des ersten MEDAS-Gutachtens und der vierte Aufenthalt erfolgte nach Vorliegen des Vorbescheides vom 18. Juli 2018. Die Vermutung des RAD-Arztes Dr.med. N. \_\_\_\_\_, wonach die depressiven Dekompensationen im Zusammenhang mit dem IV-Verfahren stehen könnten, ist von daher nachvollziehbar. Daraus lässt sich jedoch - auch in Berücksichtigung

des in den medizinischen Akten verschiedentlich beschriebenen inkonsistenten und verdeutlichenden Verhaltens - für sich allein auf keine langandauernde Arbeitsunfähigkeit schliessen.

**5.8** Insgesamt liegen mithin keine konkreten Indizien vor, welche gegen die Beweiskraft des AD. \_\_\_\_\_-Gutachtens sprechen würden. Es ist mithin nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf die Ergebnisse dieses Gutachtens abgestellt hat. Diese Schlussfolgerung bezieht sich auch auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für den Zeitraum zwischen dem 1. August 2015 und 31. Oktober 2017, während welchem ein Anspruch auf eine halbe IV-Rente bejaht wird. Im AD. \_\_\_\_\_-Gutachten wird für den Zeitraum ab Abschluss der Integrationsmassnahmen (und damit ab Einstellung der Taggeldleistungen) bis zum Zeitpunkt der Begutachtung im November/Dezember 2017 zu Gunsten der Versicherten und in Berücksichtigung der Einschätzungen der behandelnden Ärzte und Therapeuten von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% (und kurzzeitig von 100%) ausgegangen, wobei im Gutachten festgehalten wird, dass gutachterliche Befunde für die Vergangenheit fehlten und deshalb retrospektiv auf die vorhandenen medizinischen Akten abgestellt werde. Daraus kann allerdings keine Anspruchsberechtigung für den Zeitraum ab der Begutachtung abgeleitet werden. Zudem kann daraus auch nicht der Schluss gezogen werden, die Gutachter gingen von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ab November 2017 aus.

**6.1** Umstritten sind im Weiteren die Bemessung des Validen- und des Invalideneinkommens.

In der angefochtenen Verfügung geht die Vorinstanz von einem Valideneinkommen von Fr. 53'550 per 2017 aus. Dabei stellt sie auf das Einkommen ab, welche die Versicherte bei der letzten Arbeitstätigkeit als Hotelangestellte/Zimmermädchen im Hotel W. \_\_\_\_\_ bei einer vollen Erwerbstätigkeit erzielt hätte (Stundenlohn von Fr. 26.25 ab 1.1.2012 bei 42.5 Arbeitsstunden pro Woche und 48 Arbeitswochen pro Jahr gemäss Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin vom 30.1.2014, Vi-act. 56-2/6).

**6.2** Die Beschwerdeführerin beanstandet die dargelegte Bemessung des Valideneinkommens. Ohne Gesundheitsschaden hätte sie sich nicht derart lange mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen zufrieden gegeben. Sie sei schon seit Januar 2009 gesundheitlich angeschlagen. Es dürfe daher nicht einfach auf den letzten erzielten Lohn abgestellt werden. Entweder sei deshalb eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen durchzuführen, wodurch ein IV-Grad von 40% resultiere, oder es sei das 2009 als Zimmermädchen erzielte Einkommen von Fr.

4'200 x 13 auf das Jahr 2017 hochzurechnen, was ein Valideneinkommen von Fr. 55'825 ergebe; im Vergleich mit dem Invalideneinkommen von Fr. 32'595.29 (unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 15%) resultiere somit ein IV-Grad von 42%.

**6.3** Die Vorinstanz wendet ein, die Anmeldung der Versicherten vom 16. Februar 2009 habe zwar zur Gewährung der Arbeitsvermittlung geführt, ansonsten sei aber eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ermittelt worden. Die Versicherte selber habe bei der zweiten Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen den Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf den 9.9.2013 festgelegt (IV-act. 44). Im Übrigen habe das 2007 bzw. 2008 erzielte Einkommen Fr. 44'659 bzw. Fr. 43'784 betragen, hochgerechnet per 2015 ergäbe sich ein Valideneinkommen von Fr. 46'521. Der Vergleich mit dem ermittelten und in der angefochtenen Verfügung berücksichtigten Einkommen von Fr. 53'550 bei einer Vollzeittätigkeit im Hotel W.\_\_\_\_\_ falle zu Gunsten der Versicherten aus. Sofern auf Tabellenlöhne abzustellen sei, sei das Durchschnittseinkommen im Gastgewerbe heranzuziehen, da die Versicherte nur immer im Gastgewerbe (Zimmermädchen, Reinigung u.ä.) gearbeitet habe (vgl. auch IV-act. 33). Diese Tabellenlöhne würden für das Jahr 2015 ein Einkommen von Fr. 48'149 ergeben (bei 42.4 h/Wo, 2673/2686). Auch aus einer Parallelisierung der Vergleichseinkommen würde im Übrigen kein IV-Grad von mindestens 40% resultieren.

**6.4** Für die Ermittlung des Einkommens, das die Versicherte ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was sie im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 Erw. 4.1). Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (vgl. BGE 129 V 222 Erw. 4.3.1 S. 224; Urteile BGer 8C\_488/2018 vom 13.3.2019 Erw. 3.2; 8C\_220/2018 vom 14.11.2018 Erw. 5.1). Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte

zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 135 V 58 Erw. 3.1; BGE 134 V 322 Erw. 4.1 m.H.). Praxisgemäss ist dabei nur in dem Umfange zu parallelisieren, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5% übersteigt (vgl. Meyer/ Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3.A., Art. 28a N 127 mit Verweis auf BGE 134 V 322 Erw. 4).

**6.5** Die Versicherte hat an ihrer Arbeitsstelle im A.\_\_\_\_\_ bei einer vollen Arbeitstätigkeit 2007 ein Einkommen von Fr. 44'659 und 2008 ein Einkommen von Fr. 43'784 erzielt (vgl. IK-Auszug, Vi-act. 68). Gemäss Arbeitgeberbestätigung vom 17. April 2009 würde sie im Gesundheitsfall bei voller Arbeitstätigkeit (42 h/Woche) ein Jahreseinkommen von Fr. 44'200 erzielen (und nicht 13 x Fr. 4'200 = Fr. 54'600 wie sie geltend macht; Vi-act. 14-3/12). Ausgehend von dem im A.\_\_\_\_\_ 2007 - mithin vor ihrer Erkrankung - erzielten Einkommen, welches das höchste von der Versicherten während ihrer Erwerbstätigkeit erzielte Einkommen ist, und in Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung per 2015 (2007: 118.5; 2015: 129.1) würde ein Valideneinkommen von Fr. 48'654 resultieren, mithin ein Einkommen, welches unter demjenigen liegt, welches die Vorinstanz angenommen hat.

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist auch keine Parallelisierung der Vergleichseinkommen infolge unterdurchschnittlicher Entlöhnung vorzunehmen. Ein Abweichen vom Regelfall, wonach das Valideneinkommen grundsätzlich anhand des zuletzt verdienten Lohnes zu bestimmen ist, kommt erst dann in Frage, wenn - unter anderem - der tatsächlich erzielte Verdienst deutlich unter dem branchenüblichen LSE-Tabellenlohn liegt (Urteil BGer 9C\_315/2020 v. 22.9.2020 Erw. 4.2 m.H. auf BGE 135 V 297 Erw. 6.1.1). Massgeblich als Vergleichsgrösse ist mithin das branchenspezifische Durchschnittseinkommen. Die Beschwerdeführerin hat im Rahmen ihrer Erwerbstätigkeit immer als Zimmermädchen oder als Reinigungsmitarbeiterin in Gastgewerbebetrieben gearbeitet. Das branchenspezifische Durchschnittseinkommen im Bereich Gastgewerbe/Beherbergung liegt gemäss LSE 2014 für Frauen im Anforderungsniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) bei Fr. 3'767/Mt. bzw. bei einer statistisch durchschnittlichen Arbeitszeit in der Branche Gastgewerbe/Gastronomie von 42.4 h/Woche (Zahlen einsehbar unter

[www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) → Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit → Arbeitszeit → Normalarbeitsstunden gemäss der Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit) bei Fr. 47'916 im Jahr bzw. unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung per 2015 bei Fr. 48'103. Das berücksichtigte Valideneinkommen von Fr. 53'550 ausgehend von einer vollen Erwerbstätigkeit im Hotel W.\_\_\_\_\_ liegt mithin über dem branchenspezifischen Durchschnittslohn, weshalb auch keine Parallelisierung der Vergleichseinkommen zur Anwendung kommt.

Nicht geltend gemacht aber zu erwägen wäre einzig, ob die (gestützt auf Lohnangaben von 2014) erfolgte Schätzung des Valideneinkommens an die Nominallohnentwicklung per 2015 anzupassen ist. Dies ergäbe ein leicht höheres hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 53'758 (2014: 128.6; 2015: 129.1).

**7.1** Die Versicherte übt seit vielen Jahren keine Erwerbstätigkeit mehr aus. Die Vorinstanz hat das Invalideneinkommen mithin korrekt gestützt auf statistische Werte (Lohnstrukturerhebung, LSE) ermittelt. Gemäss LSE 2014 TA1 beläuft sich der Zentralwert für die im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Frauen im privaten Sektor auf Fr. 4'300 im Monat. Umgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 h/Woche (vgl. Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit 2014, Total, einsehbar unter [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)) und die eingetretene allgemeine Nominallohnentwicklung per 2015 sowie hochgerechnet auf ein Jahr ergibt sich ein Durchschnittslohn von Fr. 54'002. Unter Berücksichtigung einer Arbeitsfähigkeit im Umfang von 70% ergibt dies ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 37'802 und einen nicht rentenbegründenden IV-Grad von 29.7%.

**7.2** Die Versicherte macht geltend, im Rahmen der Bemessung des Invalideneinkommens sei ein leidensbedingter Abzug von 15% zu berücksichtigen. Aus dem Gutachten ergebe sich, dass eine reduzierte Belastbarkeit, eine eingeschränkte Schlafqualität, Tagesmüdigkeit und ein reduziertes Arbeitstempo vorlägen. Dadurch würde die Restarbeitsfähigkeit von 70% zusätzlich eingeschränkt.

Die Vorinstanz wendet ein, es bestehe kein Anspruch auf einen leidensbedingten Abzug. Die psychiatrisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei Folge der attestierten Einschränkung der Leistungs- und Belastungsfähigkeit. Die integrale Reduktion um 20% (recte: 30%) sei nur mit der reduzierten Belastbarkeit sowie dem reduzierten Arbeitstempo überhaupt zu erklären. Ein zusätzlicher Leidensabzug würde zu einer doppelten Berücksichtigung dieser Einschränkungen führen.

**7.3** Mit dem Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art

und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen. Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 Erw. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 Erw. 4.1 m.H.).

**7.4** Im AD. \_\_\_\_\_-Gutachten wird der Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 70% für körperlich eher leichte, wechselbelastende Tätigkeiten attestiert; die Einschränkung wird im Wesentlichen mit dem Vorliegen einer erhöhten Tagesmüdigkeit infolge des Restless-legs Syndromes sowie leichter psychischer Schwierigkeiten begründet. Die mit einer erhöhten Tagesmüdigkeit einhergehenden Einschränkungen werden mithin im Rahmen der Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 30% berücksichtigt und sie können nicht zusätzlich im Rahmen eines prozentualen Abzuges vom Tabellenlohn angerechnet werden. Weitere Umstände, welche einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen würden, werden nicht geltend gemacht und sind auch nicht ersichtlich. Im Übrigen würde auch die Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges im Umfang von 10% keinen Rentenanspruch begründen. Das Invalideneinkommen würde dabei Fr. 34'022 betragen und der IV-Grad läge bei 37%.

Keine konkreten Einwendungen bringt die Versicherte im Übrigen in Bezug auf die im Rahmen der Ergänzungsfragen an die AD. \_\_\_\_\_-Gutachter aufgeworfene Problematik der Realisierbarkeit der Restarbeitsfähigkeit vor. Es kann diesbezüglich angemerkt werden, dass die bestehende Arbeitsfähigkeit im Umfang von 70% für körperlich vorwiegend leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ein weites Spektrum an Hilfsarbeiten offen hält, welche keine Ausbildung erfordern. In Frage kommen einfache Kontroll- und Überwachungstätigkeiten in Industrie und Gewerbe, einfache Maschinenbedienungsfunktionen, sowie Hilfsarbeiten wie Montage-, Sortierungs-, Prüf- und Verpackungstätigkeiten in Produktionsbetrieben oder auch leichte Reinigungsarbeiten. Das Alter der Versicherten spricht kla-

rerweise nicht gegen eine Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit. Eine lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt ändert zudem grundsätzlich nichts an der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit. Gestützt auf den Grundsatz der Schadenminderungspflicht ist eine medizinische attestierte Restarbeitsfähigkeit jederzeit verwertbar (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 28a Rz 148 m.H.).

**8.** Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abgewiesen wird. Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten der Beschwerdeführerin auferlegt. Eine Parteientschädigung fällt ausser Betracht.

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie hat einen Kostenvorschuss in gleiche Höhe bezahlt, so dass die Rechnung ausgeglichen ist.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
4. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
  - die Vorinstanz (A)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern (A).

Schwyz, 14. Januar 2021

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

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

Versand: 26. Januar 2021