

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2020 72

## Entscheid vom 14. Januar 2021

---

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
MLaw Christina Zehnder, a.o. Gerichtsschreiberin

---

Parteien

C. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,  
vertreten durch Rechtsanwältin MLaw D. \_\_\_\_\_,  
D. \_\_\_\_\_, ,

**gegen**

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

## **Sachverhalt:**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (geb. am C.\_\_\_\_\_ 1979, von ..., geschieden) lebt seit März 1988 in der Schweiz. Sie hat in einer Treuhandfirma eine Ausbildung als kaufmännische Angestellte (mit Fähigkeitsausweis) absolviert (1995-1998) und ist Mutter eines zwischenzeitlich erwachsenen Sohnes (Jg. 1998). Von 1998 bis 2010 war sie Sachbearbeiterin, Buchhalterin bzw. Finanzverantwortliche in verschiedenen Firmen (vgl. die Auflistung in IV-act. 19-2f./3).

Bei der ersten IV-Anmeldung (20.5.2010) umschrieb C.\_\_\_\_\_ die gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie folgt: "seit September 2007 habe ich unerklärliche chronische Schmerzen linke Seite; Kiefer, Kopf, Nacken, Arm, Schulterblattgegend, Rücken & Bein" (vgl. IV-act. 1-8/10 oben).

Nach diversen Abklärungen verfügte die IV-Stelle am 24. Februar 2011, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 48).

Eine dagegen erhobene Beschwerde hat das Verwaltungsgericht mit Entscheid VGE I 2011 53 vom 9. Juni 2011 insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zur ergänzenden Abklärung an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde (IV-act. 55).

**B.** Der in der Folge von der IV-Stelle beauftragte Dr.med. E.\_\_\_\_\_ erstattete sein psychiatrisches Gutachten am 30. März 2012 (IV-act. 68). Gestützt darauf hielt die IV-Stelle mit Schreiben vom 27. April 2012 an C.\_\_\_\_\_ fest, dass eine Beurteilung der medizinischen Situation und der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Suchtproblematik derzeit nicht möglich sei. Es sei eine mehrmonatige stationäre Hospitalisation notwendig mit dem Ziel einer Abstinenz von Opiaten, Opioiden und anderen Suchtmitteln zu erreichen. Unter Hinweis auf die Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht wurde C.\_\_\_\_\_ angehalten, sich einer stationären psychiatrischen Behandlung in einer geeigneten Suchtklinik zu unterziehen und den Nachweis einer Abstinenz durch monatliche Urinproben zu erbringen (IV-act. 71). Auf Begehren der damaligen Rechtsvertreterin von C.\_\_\_\_\_ verlängerte die IV-Stelle am 8. Mai 2012 die Frist für die Bekanntgabe und Umsetzung der Auflagen (IV-act. 72).

Am 21. November 2012 ist C.\_\_\_\_\_ in die Klinik ... eingetreten (für eine geplante Entzugsdauer von 3 - 4 Monaten, vgl. IV-act. 86). Am 27. Dezember 2012 teilte die damalige Rechtsvertreterin mit, dass C.\_\_\_\_\_ den stationären Entzug in der Klinik ... zwischenzeitlich abgebrochen habe und einen ambulanten Entzug bei ihrem Psychiater Dr.med. F.\_\_\_\_\_ durchführe (IV-act. 87; gemäss Klinikbericht hielt sich C.\_\_\_\_\_ vom 21. bis 28.11.2012 sowie vom 5. bis 11.12.2012 stationär in der Klinik ... auf; IV-act. 98-5/11 und 98-10/11).

Am 4. Februar 2014 wurde C.\_\_\_\_\_ vom RAD-Psychiater Dr.med. G.\_\_\_\_\_ untersucht (mit Bericht vom 3.7.2014, IV-act. 105).

**C.** Mit Vorbescheid vom 3. Juli 2014 kündigte die IV-Stelle an, das Rentenbegehren abzuweisen (IV-act. 106). Nach Eingaben vom 6. August 2014 (IV-act. 108) und vom 20. Oktober 2014 (IV-act. 110) verfügte die IV-Stelle am 9. März 2016, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 112). Die dagegen erhobene Beschwerde hat das Verwaltungsgericht mit Entscheid I 2016 40 vom 5. September 2016 insoweit teilweise gutgeheissen, als C.\_\_\_\_\_ für den Zeitraum vom 1. November 2010 bis zum 30. April 2013 eine ganze IV-Rente (IV-Grad 100%) und für den Zeitraum vom 1. Mai 2013 bis 28. Februar 2014 eine halbe IV-Rente (IV-Grad 50%) zugesprochen wurde (IV-act. 122).

**D.** Mit Eingabe vom 16. Januar 2017 an die IV-Stelle machte die damalige Rechtsvertreterin eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend und ersuchte um Zuspreehung einer ganzen IV-Rente (IV-act. 127).

Mit Vorbescheid vom 7. Juli 2017 kündigte die IV-Stelle an, auf das neue Leistungsbegehren nicht einzutreten (IV-act. 176). Nach Einwänden, wonach u.a. am 18. August 2017 eine neurologische Abklärung sowie am 4. September 2017 der Eintritt in die Klinik ... vorgesehen seien (IV-act. 177), forderte die IV-Stelle am 5. September 2017 die Rechtsvertreterin auf, die anstehenden Berichte einzureichen (IV-act. 178).

Vom 18. bis zum 22. Dezember 2017 hielt sich C.\_\_\_\_\_ im Spital ... auf (OSG-Operation links, vgl. IV-act. 185).

Der RAD-Arzt Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) empfahl nach einer Prüfung der medizinischen Aktenlage, weitere Verlaufsberichte einzuholen (IV-act. 190-8/8).

Vom 3. bis 6. Dezember 2018 hielt sich C.\_\_\_\_\_ in der Limmatklinik (Aarau) auf (operative Gelenkrevision links mit Interponat betreffend Temporalismuskel bei Status nach Diskektomie links vor 6 Jahren, vgl. IV-act. 217-4/5).

**E.** In der Folge teilte die IV-Stelle am 12. Juli 2019 mit, es sei beabsichtigt, die Kosten einer polydisziplinären Untersuchung zu übernehmen (IV-act. 235-105/113). Die neue Rechtsvertreterin von C.\_\_\_\_\_ formulierte mit Eingabe vom 15. August 2019 Zusatzfragen für die Gutachter (IV-act. 237). Der Begutachtungsauftrag wurde der Gutachterstelle ... aufgelöst (IV-act. 239).

Mit Vorbescheid vom 7. November 2019 präsentierte die IV-Stelle eine neue Ausgangslage, wonach zwischenzeitlich sämtliche Akten der Arbeitslosenversicherung und der Zürich Versicherung (als Krankentaggeldversicherer) eingegan-

gen seien. Daraus sei u.a. zu entnehmen, dass C.\_\_\_\_\_ bei der ...AG in ... ab 1. Januar 2015 in einem Pensum von 100% gearbeitet habe; dieses Arbeitsverhältnis sei per 30. April 2017 aufgelöst worden. Gemäss den Akten der Taggeldversicherung sei erstmals ab 3. Oktober 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden; die Krankentaggeldleistungen seien ab 1. Mai 2017 auf 50% reduziert und per 31. August 2017 ganz eingestellt worden (mithin sei seither wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit angenommen worden). Gemäss den Akten der Arbeitslosenversicherung habe sich C.\_\_\_\_\_ ab 12. Mai 2017 als zu 50% arbeits- und vermittlungsfähig bezeichnet und der behandelnde Psychiater Dr. F.\_\_\_\_\_ habe am 29. September 2017 für den Zeitraum ab 1. September 2017 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. In der Folge habe C.\_\_\_\_\_ monatlich schriftlich bestätigt, zu 100% arbeits- und vermittlungsfähig zu sein. Per 6. Januar 2019 sei sie dann von der Arbeitsvermittlung abgemeldet worden, da das Ende der ALV-Taggeldbezugsdauer erreicht worden sei (vgl. IV-act. 243-2f./5).

Gegen diesen Vorbescheid reichte C.\_\_\_\_\_ am 5. Dezember 2019 Einwände ein (IV-act. 246).

Am 14. Juli 2020 verfügte die IV-Stelle, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 252).

**F.** Gegen diese Verfügung liess C.\_\_\_\_\_ (unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes nach Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG i.V.m. Art. 60 ATSG) rechtzeitig am 9. September 2020 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 14. Juli 2020 aufzuheben und der Beschwerdeführerin ab dem 22. September 2016 eine volle, *eventualiter* eine dreiviertel, *subeventualiter* eine halbe und *subsubeventualiter* eine viertel IV-Rente zuzusprechen.
2. *Eventualiter* sei die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 14. Juli 2020 aufzuheben und die Angelegenheit zur ergänzenden Abklärung und Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Vorinstanz sei zu verpflichten, eine polydisziplinäre Begutachtung zu veranlassen und durchzuführen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Vorinstanz bzw. zu Lasten des Staates.

Des Weiteren beantragte die Beschwerdeführerin, dass ihr die unentgeltliche Prozessführung (inkl. unentgeltliche Verbeiständung) zu gewähren sei, und zwar im Falle einer Rückweisung auch für das Verfahren vor der IV-Stelle.

Mit Vernehmlassung vom 10. November 2020 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Dazu nahm die Beschwerdeführerin in einer Eingabe vom 6. Januar 2021 Stellung.

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

1. Im vorliegenden Fall verhält es sich so, dass die Beschwerdeführerin mit ihrer IV-Anmeldung vom 20. Mai 2010 (Eingang bei der IV-Stelle am 21.5.2010) um IV-Rentenleistungen nachgesucht hat. Nachdem ihr Begehren von der IV-Stelle mit Verfügung vom 24. Februar 2011 abgelehnt worden war, erreichte sie im ersten Gerichtsverfahren, dass die Sache an die IV-Stelle zur ergänzenden Abklärung (mit einem psychiatrischen Gutachten) zurückgewiesen wurde (siehe VGE I 2011 53 vom 9.6.2011 = IV-act. 55). Nach zusätzlichen Abklärungen lehnte es die IV-Stelle mit Verfügung vom 9. März 2016 erneut ab, Rentenleistungen zu gewähren (IV-act. 112). Mit der dagegen erhobenen Beschwerde erreichte die Beschwerdeführerin, dass ihr mit dem Gerichtssentscheid I 2016 40 vom 5. September 2016 Rentenleistungen zugestanden wurden, wenn auch nicht unbefristet, sondern (ungeachtet der verbliebenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen) lediglich befristet (ganze IV-Rente auf der Basis eines IV-Grades von 100% vom 1.11.2010 bis 30.4.2013; halbe IV-Rente auf der Basis eines IV-Grades von 50% vom 1.5.2013 bis 28.2.2014, vgl. IV-act. 122-27/27). 3½ Monate nach der Zustellung des am 4. Oktober 2016 versandten VGE I 2016 40 reichte die damalige Rechtsvertreterin am 16. Januar 2017 bei der IV-Stelle ein neues Rentenbegehren ein, welches ausdrücklich als Revisionsgesuch bezeichnet wurde mit dem Antrag, dass "der Versicherten ab 22. September 2016 wiederum eine volle IV-Rente auszurichten" sei (IV-act. 127-1/14). In einer solchen Konstellation hängt die Beantwortung der Fragestellung, ob ungeachtet des erwähnten Gerichtssentscheids vom 5. September 2016 dennoch ab 22. September 2016 Anspruch auf IV-Rentenleistungen besteht, grundsätzlich davon ab, ob die Voraussetzungen für eine Rentenrevision gegeben sind.

1.1 Ändert sich der Grad der Invalidität eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. BGE 130 V 343 Erw. 3.5 S. 349).

**1.2** Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung bzw. Entscheidung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_382/2018 vom 21.1.2019 Erw. 2 mit Verweis auf BGE 133 V 108).

**1.3** Im vorliegenden Fall bildet der erwähnte VGE I 2016 40 vom 5. September 2016 mit der darin enthaltenen Zusprechung von (befristeten) Rentenleistungen auf der Basis des Verlaufs bis zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung der IV-Stelle vom 9. März 2016 Ausgangspunkt für die Fragestellung, ob zwischenzeitlich eine anspruchserhebliche Änderung eingetreten ist (oder nicht). Anzuführen ist, dass der erwähnte Zeitpunkt des Verfügungserlasses (9.3.2016) damals die richterliche Überprüfungsbefugnis in zeitlicher Hinsicht begrenzt hatte (siehe u.a. Urteil des Bundesgerichts 8C\_516/2016 vom 27.10.2016 Erw. 4.3).

**1.4** Im Übrigen wurden bereits in der ersten Gerichtsentscheid VGE I 2011 53 vom 9. Juni 2011 die Bestimmungen und Regelungen, welche für einen Rentenanspruch von Bedeutung sind, im Einzelnen dargelegt. Es kann darauf verwiesen werden. Ergänzend wird noch auf folgende Ausführungen verwiesen.

**1.5** In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: Sache des (begutachtenden) *Mediziners* ist es erstens, den *Gesundheitszustand zu beurteilen* und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu *beschreiben*, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die *Befunde* zu erheben und gestützt darauf die *Diagnose* zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall Gerichte nicht kompetent sind (z.B. Bundesgerichtsurteil 9C\_437/2012 vom 6.11.2012 Erw. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr *nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung*, d.h. sie gibt eine *Schätzung* ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine *wichtige Grundlage* für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person *noch zugemutet werden* können (so die mit BGE

105 V 156 Erw. 1 S. 158 f. begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 Erw. 4).

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

**1.7** Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung an den normativen Vorgaben zu orientieren, die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 Erw. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 Erw. 6). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 Erw. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_821/2018 vom 18.6.2019 Erw. 3.2 mit Verweis auf BGE 141 V 281 Erw. 6; Urteil 8C\_260/2017 vom 1.12.2017 Erw. 4.2.4).

Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über

die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (vgl. zit. Urteil 8C\_821/2018 vom 18.6.2019 Erw. 3.2 mit Verweis auf BGE 143 V 143 V 418 Erw. 6 und auch BGE 144 V 50 Erw. 4.3).

**1.8** Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismwürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweismwürdigung; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. A. Rz. 153; Urteil 8C\_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 140 Erw. 5.3).

**2.** Wie erwähnt gilt der Entscheid VGE I 2016 40 vom 5. September 2016 (mit materieller Beurteilung des damaligen Rentenanspruchs nach Massgabe des Verlaufs bis zum Erlass der Verfügung vom 9.3.2016) als Ausgangspunkt für die Beurteilung der Fragestellung, ob sich seither die Verhältnisse so geändert haben, dass der in der vorliegenden Beschwerde beantragte Rentenanspruch ab 22. September 2016 berechtigt ist. Im damaligen (unangefochten in Rechtskraft erwachsenen) Entscheid hat das Verwaltungsgericht in seinen Erwägungen den (befristeten) Rentenanspruch auf (zusammengefasst) folgende Angaben abgestützt (vgl. IV-act. 122-4ff./27):

**2.1** Die Beschwerdeführerin arbeitete vom 1. Februar 2008 bis zum 31. Mai 2009 als Sachbearbeiterin in einem Treuhandbüro und liess sich am 27. Mai 2008 an der Schmerzklinik ... untersuchen. Im Bericht vom 16. Juni 2008 an den Hausarzt Dr.med. I.\_\_\_\_\_ stellten Dr.med. J.\_\_\_\_\_ (Chefarzt ...), Dr.med. K.\_\_\_\_\_ (Oberarzt Orthopädie ...) und Dr.med. L.\_\_\_\_\_ (Fachärztin Anästhesiologie folgende Diagnosen nach ICD 10 (...):

- M54.2 Nackenschmerzen links
- F55.2 Schmerzmittelabusus
- F45.9 Vegetative Dysfunktion
- M25.8 St.n. Myoarthropathie links nach Zahnoperation 04.-07.07;

In der zusammenfassenden Beurteilung wurde u.a. ausgeführt, dass die Versicherte sich im Verlauf ihrer chronischen Schmerzerkrankung immer mehr aus dem sozialen Leben zurückgezogen und zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung Hinweise für eine beginnende depressive Entwicklung gezeigt habe. Ausdruck ihrer ungenügenden Bewältigungsstrategie ihrer Schmerzen sei u.a. ein ausgeprägter Schmerzmittelabusus mit Tramal. Vor einer medikamentösen Umstellung wurden eine Entwöhnung (betr. Tramal) und ein stationäres Therapieangebot vorgeschlagen (...).

**2.2** Die Beschwerdeführerin hielt sich vom 11. Mai 2009 bis zum 30. Mai 2009 in der Klinik ... auf. Im Austrittsbericht vom 15. Juni 2009 (Dr.med. M.\_\_\_\_\_,

Chefarzt; Dr.med. N.\_\_\_\_\_, Assistenzärztin, und lic.phil. O.\_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP) sind folgende Rehabilitationsdiagnosen festgehalten worden (...):

- chronifiziertes cervico-spondylogenes Schmerzsyndrom
  - St.n. Autounfall mit HWS-Distorsion im April 2006 (in Serbien-Montenegro oder Bosnien [unterschiedl. Angaben in den Akten])
  - St.n. Myoarthropathie links nach Zahnoperation 04-07/07
  - St.n. Low Grade-Infekt linker Unterkiefer 7/07
  - Muskuläre Dysbalance

In der medizinischen Beurteilung wurde u.a. ausgeführt, dass die seit rund 1 ½ Jahren bestehende Schmerzsymptomatik im Bereich des linken Kiefergelenkes begonnen habe, nachdem sie im November 2007 eine grössere Zahnsanierung mit darauf folgender Wundinfektion im linken Unterkiefer gehabt habe. Mit der Zeit seien die Schmerzen immer stärker geworden und hätten zunehmend ausgestrahlt, vor allem in den Nackenbereich, in die linke Schulter sowie in die Hals- und thorakale Wirbelsäule. Die Schmerzsymptomatik dürfte noch durch psychische Faktoren wie einer dysfunktionalen Stressbewältigung, Überlastung und fehlendem Ausgleich von Spannung und Entspannung verstärkt werden (...).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, dass die Versicherte die nächsten 2 Wochen nach dem Austritt nur 50% arbeiten solle, um den Einstieg ins Berufsleben zu erleichtern, darnach sei wieder mit einer 100%igen Arbeitsfähigkeit zu rechnen (...).

Mit dem Austritt aus der Klinik ... (30.5.2009) endete auch das Anstellungsverhältnis mit der ... AG (...), wobei die Arbeitgeberfirma die von ihr ausgesprochene Kündigung nicht mit gesundheitlichen Problemen der Beschwerdeführerin, sondern damit begründete, dass die Arbeit „fachlich nicht korrekt erledigt“ worden sei (...).

**2.3** Eine orthopädische Untersuchung vom 18. November 2009 ... ergab folgende Diagnosen nach ICD 10 (vgl. IV-act. 17-13/16):

- M54.2 Nackenschmerzen links, St.n. Autounfall April 2006
- F55.2 Schmerzmittelabusus (Tramadol)
- M25.8 St.n. Myoarthropathie links nach Zahnoperation 04.-07.2007;  
St.n. Low Grade Infekt im linken Unterkiefer

Der von Dr.med. P.\_\_\_\_\_ und Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ ermittelte orthopädische Untersuchungsbefund war - ähnlich wie bei einer früheren Untersuchung - weitgehend bland. In der Beurteilung wurde u.a. festgehalten, die Versicherte berichte, sie habe alle Therapieratschläge befolgt, mache aus eigenem Antrieb viele Behandlungen, sei verzweifelt über die fehlenden Erfolge und die heftige Schmerzpersistenz, und sei aktuell wegen der Schmerzen arbeitsunfähig. Sie beklagte sich auch, dass sie ihre Mutterrolle gegenüber dem 12-jährigen Sohn durch die Schmerzen nicht in der gewünschten Art und Weise erfüllen könne (...).

Eine erneute, interdisziplinäre Behandlung, welche der Beschwerdeführerin vom Zentrum für Schmerzmedizin ... für März 2010 angeboten worden war, wurde von der Beschwerdeführerin abgesagt mit der Begründung, dass sie sich zwischenzeitlich in der ... Klinik in ... behandeln lasse (...)

**2.4** Seit dem 16. Februar 2010 liess sich die Versicherte an der ... Klinik hinsichtlich einer Schmerztherapie in Neuraltherapietechnik behandeln. Im von

Dr.med. R. \_\_\_\_\_ (Assistenzarzt Neurologie) und Dr.med. S. \_\_\_\_\_ (Chefarzt Neurologie) unterzeichneten Bericht wurden folgende Diagnosen gestellt (...):

- Chronisches zervikozephal und brachiales Schmerzsyndrom links mit
  - o muskulärer Dysbalance und Flachrücken
  - o klinisch ohne Hinweise auf Myelopathie und/oder Radikulopathie
- Atypischer prä-aurikulärer Gesichtsschmerz links seit September 2007
  - o MR-bildgebend Kieferanomalie bds (MRI und Skelettszintigraphie vom November 2007)
  - o MR-bildgebend keine Auffälligkeiten des N. trigeminus links im gesamten intra- und extrakraniellen Verlauf
  - o MR-bildgebend Minderbelüftung des linken Felsenbeins mit Flüssigkeitskollektion im Mittelohr links
- Analgetikaübergebrauch mit Tramal

Da keine gezielten gefässdarstellenden MRI-Aufnahmen bezüglich der AICA-Schlinge mit dem linken N. trigeminus vorhanden waren, wurde die Versicherte für eine MRI-Zielaufnahme im Röntgeninstitut ... angemeldet, welche am 9. März 2010 stattfand. Im gleichentags von Prof. Dr.med. T. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Radiologie & Neuroradiologie, Medizinisches Radiologisches Institut ...) unterzeichneten Bericht wurde folgendes Beurteilungsergebnis festgehalten (...):

Das Vorliegen eines neurovaskulären Konfliktes, einer Raumforderung oder entzündlichen Veränderung des Nervus trigeminus kann ausgeschlossen werden.

Minderbelüftung des linken Felsenbeines mit erheblicher Flüssigkeitskollektion im Mittelohr (Ursache der Schmerzsymptomatik?) links bei vorbestehender partieller Pneumatisationshemmung. Linksbetontes prominentes lymphatisches Gewebe im Epipharynx.

Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Treuhänderin wurde von Dr.med. R. \_\_\_\_\_ und Dr.med. S. \_\_\_\_\_ Müller (...-Klinik) im Kurzbericht vom 24. Februar 2010 an den Vertrauensarzt der ... (Unfallversicherer) vom 11. Februar 2010 bis zum 11. März 2010 auf 50% veranschlagt (...).

**2.5** Wegen einer abgeheilten Analfissur bei persistierend erhöhtem Analsphinktertonus liess sich die Versicherte am 24. März 2010 im Spital ... kontrollieren. Im Bericht vom 25. März 2010 berichtete Dr.med. U. \_\_\_\_\_ (Chefarzt) und Dr.med. ... (Oberarzt) von einem sehr zufrieden stellenden Verlauf (...).

**2.6** Dr.med. V. \_\_\_\_\_, der die ... als Unfallversicherer beratende Arzt, fasste seine Einschätzung in einer Stellungnahme vom 29. April 2010 u.a. dahingehend zusammen (...),

- dass auf Grund eines spondylogenen Schmerzsyndroms seit 11. Mai 2009 eine Arbeitsunfähigkeit bestehe, welche anfänglich auf 50% veranschlagt wurde, ab 27.11.2009 auf 100%, ab 1.2.2010 auf 50% und seit 25.2.2010 wieder auf 100% (letztmals bestätigt durch Dr.med. W. \_\_\_\_\_ am 13.4.2010),
- dass gemäss Angaben von Dr. ..., welcher die Versicherte seit Jahren betreue, seit ca. 1 ½ Jahren Schmerzen im Nackenbereich beständen; im November 2007 sei im Kantonsspital ... eine grössere Zahnsanierung durchgeführt worden; 2006 Autounfall in Bosnien mit Wunde parietal,

- dass die Versicherte vom 11.5. bis 30.5.2009 in der Klinik ... stationär und interdisziplinär im Schmerzprogramm behandelt worden sei, wodurch eine Schmerzreduktion habe erreicht werden können,
- dass nach den Behandlungen im Schmerzzentrum ... sich die Versicherte in der ... Klinik habe weiter behandeln lassen, wobei dort eine Arbeitsunfähigkeit nicht festgestellt worden sei,
- dass Dr. ... am 17. Dez. 2009 über den Heilverlauf berichtet habe; er beschreibe Kopfschmerzen, insbesondere im Gesichtsbereich, dann Schulter-/ Nackenschmerzen links, bei der Arbeit am PC jeweils stark zunehmend und eine endständig schmerzgehemmte Einschränkung der HWS,
- dass die Untersuchungen an der ... Klinik u.a. ergeben hätten, dass die klinischen Kriterien einer Fibromyalgie nicht erfüllt seien, dass ein ausgeprägter Schmerzmittelabusus bestehe und eine schmerzdistanzierende Medikation mit schrittweisem Aufbau mit Lyrica rezeptiert worden sei, wobei ein Medikamentenentzug dringend erforderlich sei,
- dass es sich offensichtlich um ein sehr starkes chronifiziertes Schmerzsyndrom handle, das sich durch die objektivierbaren myofaszialen Befunde in dieser Form alleine nicht erklären lasse,
- dass bis anhin die Beschwerden offensichtlich auch durch interdisziplinäre und auch stationäre Massnahmen nicht beeinflussen liessen, trotzdem arbeite die Versicherte nach eigenen Angaben wieder zu 50% seit dem 18. Januar 2010,
- dass zumindest aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht die bisherige 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar und medizinisch auch nicht ausgewiesen sei, zumal die objektivierbaren somatischen Befunde äusserst spärlich seien und sich allein auf gewisse myofasziale Befunde sowie eine muskuläre Dysbalance beschränken würden,
- und dass - nachdem die von somatischer Seite zu objektivierenden Befunde spärlich seien - für den Fall einer Begutachtung in erster Linie an ein psychiatrisches Gutachten zu denken sei (...).

Eine Anfrage des Unfallversicherers (...) beantwortete Dr.med. W. \_\_\_\_\_ am 4. Juni 2010 dahingehend, dass er die Versicherte seit dem Bericht vom 17. Dezember 2009 in der Sprechstunde nicht mehr gesehen habe (...).

Analog bestätigte Dr.med. W. \_\_\_\_\_ in einem Verlaufsbericht vom 15. Juni 2010 an die IV-Stelle, dass er die Versicherte letztmals am 11. Dezember 2009 in der Sprechstunde gesehen habe (...).

**2.7** Dr.med. R. \_\_\_\_\_ und Dr.med. S. \_\_\_\_\_ der ... Klinik stellten im Bericht vom 29. Juni 2010 an die IV-Stelle Schwyz folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches zervikozephalales und brachiales Schmerzsyndrom links mit/bei Schmerzverarbeitungsstörung und Analgetikaübergabe mit Tramal (...). Bei den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden u.a. ein atypischer präaurikulärer Gesichtsschmerz und ein Status nach Autounfall im April 2006 als angegurtete Beifahrerin (Brückensturz mit kurzer Bewusstseinsminderung) aufgeführt. Die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Erwerbsarbeit wurden mit „schnelle Ermüdung und Erschöpfung“ umschrieben (...).

Die gleichen Ärzte der ... Klinik berichteten ebenfalls am 29. Juni 2010 dem Vertrauensarzt der ... unter anderem, dass die Versicherte als Treuhänderin mit über-

wiegender sitzender PC-Tätigkeit sowie Aussendienstaufgaben zu 50% gearbeitet habe. Je nach Ansprechen der laufenden therapeutischen Massnahmen sei ein stufenweiser Wiedereinstieg möglich. Eine rein physische Angabe des Arbeitsunfähigkeitsgrades sei nicht möglich, da letzterer hauptsächlich von der psychischen Mitkomponente (Schmerzverarbeitung) beeinflusst werde. Es empfehle sich eine abwechslungsreiche Arbeit mit häufigem Stellungswechsel und Vermeidung des Tragens schwerer Lasten. Ein stundenweiser Arbeitsversuch sollte probiert werden, um die Belastbarkeit hinsichtlich Konzentrationsvermögen und Aufmerksamkeit zu evaluieren, bei gutem Ansprechen sollte ein stufenweiser Aufbau (stundenweise) erfolgen (...).

In einem Nachtrag vom 29. Juli 2010 ergänzten Dr.med. R. \_\_\_\_\_ und Dr.med. S. \_\_\_\_\_ u.a., dass für eine Wiederaufnahme der 50%igen bisherigen Arbeitstätigkeit nach Angaben der Versicherten eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz nicht mehr möglich sei. Es werde dringend empfohlen, den Einstieg in den geregelten Arbeitsablauf wiederzufinden (Integration in eine Tagesstruktur). Zur Belastungstestung wäre ein Arbeitsversuch sinnvoll (...).

**2.8** Die RAD-Ärztin ... (Allgemeinmedizin) fasste ihre Auswertung der medizinischen Akten am 8. September 2010 wie folgt zusammen (...):

In der Vergangenheit hat eine Vielzahl an Arztkontakten wegen der unklaren Schmerzen im Gesichts-, Nacken- Schulterbereich stattgefunden. Vorausgegangen war ein Unfall im April 2006, welcher den Schmerzprozess wohl zusätzlich angeheizt hat, wenn auch nicht unbedingt in dieser Ausprägung verantwortlich ist. Anfang 2007 erfolgte eine grössere Zahnsanierung mit nachfolgendem Infekt des Kiefers. Auch ist die Versicherte mittlerweile schmerzmittelabhängig, ein weiterer erschwerender Faktor in der Behandlung.

Im vergangenen März wurde anhand eines MRI festgestellt, dass eine Felsenbeinanomalie vorliegt und dass das Mittelohr eine Flüssigkeitsansammlung aufweist. Hierin wurde eine mögliche Ursache für die ansonsten somatischerseits unerklärlichen Schmerzen vermutet.

Es sollte die Versicherte laut ...klinik nun der Schmerzambulanz der HNO/Kiefer Abteilung Uni Zürich vorgestellt werden.

Des Weiteren wurde im März dieses Jahres eine Psychotherapie bei Dr. phil. ... gestartet. (...)

Im Ergebnis regte die RAD-Ärztin an, die Stellungnahme der HNO-Abteilung sowie einen Verlaufsbericht von Dr. phil. ... (Psychotherapeut SPV/EAP, Neuropsychotherapie für Schmerz/ Trauma/ Stress, ...) abzuwarten.

**2.9** Hinsichtlich der Abklärung an der ...-Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie ging am 17. September 2010 bei der IV-Stelle ein von Dr.med. X. \_\_\_\_\_ (AA, ORL, ...) unterzeichneter Bericht vom 19. Mai 2010 (betr. Ohrsprechstunde vom 11.5.2010) ein, in welchem die Ohrbefunde auf beiden Seiten am ehesten als chronische Belüftungsstörung beurteilt wurden. Bezüglich der präaurikulären Schmerzen linksseitig wurde ein Zusammenhang mit den vorhandenen Befunden des Ohres verneint (...). Eine durchgeführte CT-Untersuchung ergab eine durch einen Erguss bedingte, vollständige Verschattung des Mittelohres auf der linken Seite, ohne dass Hinweise auf ein Cholesteatom gefunden wurden (...). Im Verlaufsbericht vom 16. Dezember 2010 attestierte Dr.med. Y. \_\_\_\_\_

(ORL-Klinik ...) aktuell unauffällige Trommelfellbefunde ohne Hinweis auf chronische Infektionen (vgl. IV-act. 36-1/6).

Dr. phil. ... hatte in seinem Bericht vom 4. Oktober 2010 an die IV-Stelle ausgeführt, dass zwischen dem 18. März 2010 und dem 27. September 2010 10 Sitzungen stattfanden, dass indessen die ambulanten Therapie-Ansätze, auch der schmerzpsychotherapeutische, bislang zu keiner Verbesserung geführt hätten (...).

**2.10** Vom 20. Oktober 2010 bis zum 20. November 2010 hielt sich die Versicherte in der Klinik ... auf. Im Bericht vom 17. November 2010 an die IV-Stelle, unterzeichnet von Dr.med. Z. \_\_\_\_\_ (Leitender Arzt Rheumatologie) und Dr.med. AA. \_\_\_\_\_ (Abteilungsärztin), wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (...):

1. Chronisches, zervikozephalisches und -brachiales Syndrom links
  - aktivierter Triggerpunkt Angulus medialis scapulae
  - muskuläre Dysbalance und Haltungsinsuffizienz
  - St.n. Autounfall 04/2006 mit Bewusstseinsminderung
2. Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links
  - Myostatische Belastungsreaktion der stabilisierenden Rückenmuskulatur
3. Atypischer präaurikulärer Gesichtsschmerz links
  - DD: Kieferanomalie bds. (MRI/Szintigraphie 11/2007) referred pain syndrome
  - Tendomyopathie Kaumuskulatur li. mit anteriorer Diskusverlagerung Kiefergelenk bds.
  - Ausschluss Trigemini-Affektion MRI 03/2010

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine chronische Tuben-Belüftungsstörung Mittelohr mit tieftonbetonter Schallleitungsschwerhörigkeit bds. aufgeführt (...).

Wegen ausgeprägter Dekonditionierung mit insbesondere einer Schwäche im Bereich der rumpfstabilisierenden Muskulatur und daraus resultierenden muskulären Dysbalancen und Insuffizienzen einerseits sowie verlaufsbestimmenden psychologischen Faktoren andererseits gingen die Klinik-Ärzte davon aus, dass keine Schmerzfreiheit zu erreichen sei, indessen eine Besserung und Stabilisierung durch weiteres intensives Training wahrscheinlich erreichbar sei (...). Für die Zeit nach dem Klinikaustritt veranschlagten Dr.med. AB. \_\_\_\_\_ und Dr.med. AC. \_\_\_\_\_ für leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten mit Gewichtsbelastungen bis maximal 15 kg eine Arbeitsfähigkeit von 100% (ganztags), wobei vorgeneigtes Stehen und Überkopfarbeiten (bis max. 5 kg Gewicht) nur selten zumutbar sei, da es aufgrund der muskulären Dekonditionierung zu kumulativ schmerzhaften myostatischen Reaktionen kommen könne (...). Zudem wurde ergänzt, während der weiterhin hochdosierten Opiattherapie könne die Konzentrationsfähigkeit besonders bei komplexen Aufgabenstellungen eingeschränkt sein, und:

Während des Aufenthaltes sind uns aber in den Beobachtungen keine wesentlichen Einschränkungen in den Alltagsverrichtungen aufgefallen (...).

**2.11** Im Rahmen der gerichtlichen Würdigung der dargelegten, zu jenem Zeitpunkt vorhandenen Unterlagen und Angaben gelangte das Verwaltungsgericht im zitierten VGE I 2011 53 vom 9. Juni 2011 u.a. zum Ergebnis, dass die Versicherte eine ausgeprägte, stark chronifizierte Schmerzproblematik aufweise,

welche sich in somatischer Hinsicht durch die objektivierbaren Befunde allein nicht erklären lassen. Wie Dr.med. R.\_\_\_\_\_ und Dr.med. S.\_\_\_\_\_ (von der ... Klinik) überzeugend im Bericht vom 29. Juni 2010 an die IV-Stelle festhielten, sei das chronische zervikozephalo und brachiale Schmerzsyndrom links mit einer Schmerzverarbeitungsstörung und einem Analgetikaübergebrauch (mit Tramal) verknüpft (...). Auch wenn derartige Schmerzverarbeitungsstörungen nach geltender Praxis im Regelfall nicht zu einem IV-Leistungsanspruch führen würden, verlange es die höchstrichterliche Rechtsprechung dennoch, dass das Ausmass und die Tragweite solcher Beeinträchtigungen *durch eine psychiatrische Beurteilung* zu prüfen seien (vgl. zit. VGE Erw. 3.2 mit Verweis auf BGE 130 V 399 und 130 V 353). Eine solche fachärztliche Abklärung sei nach der Aktenlage noch nicht vorgenommen worden und dementsprechend nachzuholen.

**3.1** Im Anschluss an diesen VGE I 2011 53 vom 9. Juni 2011 gab die IV-Stelle in Absprache mit der Rechtsvertreterin der Versicherten ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag, welches (u.a. gestützt auf Untersuchungen vom 29. November 2011 und vom 13. Dezember 2011) am 30. März 2012 von Dr.med. E.\_\_\_\_\_ ... (FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ...) erstattet wurde (...). Noch vor Eingang dieses Gutachtens wurde die Versicherte am 27. Februar 2012 an der Hirslanden Klinik Aarau operiert (Diskektomie Kiefergelenk links). Prof. Dr. Dr.med. AD.\_\_\_\_\_ (Kiefer- und Gesichtschirurgie) führte in seinem Bericht vom 13. März 2012 an Prof. Dr.med. dent. AE.\_\_\_\_\_ (Facharzt für rekonstruktive Zahnmedizin, ...) u.a. aus, aufgrund der auch radiologisch nachgewiesenen anterioren Diskusluxation sei die Indikation zur Gelenksrevision gestellt worden. Intraoperativ sei ein verlagerter und mit dem oberen Gelenkspalt verbackener Discus articularis gefunden worden, welcher entfernt worden sei. Bei der ambulanten Nahtentfernung am 7. März 2012 (mit reizlosen Wundverhältnissen) habe die Versicherte über eine deutliche Verbesserung ihrer Beschwerden berichtet (...).

**3.2** Dr.med. W.\_\_\_\_\_ gelangte in seinem Gutachten vom 30. März 2012 nach Sichtung der medizinischen Unterlagen und Auswertung der klinischen Grundlagen (Anamnese/ subjektive Angaben/ objektive Befunde) zu folgender Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 68-17/25):

Vordergründig ist eine **somatoforme Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4**.

Ebenfalls vordergründig ist eine **chronische Abhängigkeit mit einem regelmässigen Konsum von Opioiden gemäss ICD-10 F11.25 (ständiger Substanzgebrauch)**, zweimal in den Jahren 2010 und 2011 wahrscheinlich erschwert mit einem **Entzugssyndrom mit Krampfanfällen gemäss ICD-10 F11.41**.

Hinsichtlich der Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde auf die körperlichen Beschwerden bzw. die somatischen Unterlagen verwiesen, welche gemäss den Interpretationen der ... Klinik als chronisches cervico-cephales und -brachiales Schmerzsyndrom sowie als atypischer prä-aurikulärer Gesichtsschmerz interpretiert wurden.

In seiner Beurteilung verwies der Gutachter zunächst auf den Migrationshintergrund (Wegzug von ... im Alter von 9 Jahren) und die gute schulische Integration in der Schweiz hin, welche durch den Unfalltod des Vaters (im Alter der Versicherten von 15 Jahren) überschattet wurde. Während der Lehre folgte eine uner-

wünschte Schwangerschaft sowie eine frühe Ehe, welche 2004 geschieden wurde. Ein weiterer Eheversuch sei sehr problematisch verlaufen. All diese Aspekte hätten die Versicherte erheblich belastet. Auch die berufliche Biographie sei teilweise problematisch gewesen, indem sie infolge Arbeitgeberkonkurs drei Stellen und dabei Geld verloren habe. Gemäss den Angaben des Hausarztes stelle das Suchtproblem die zentrale Problematik der Versicherten dar, was die Versicherte ebenfalls realisiere (...). Zwar stellte die Versicherte ihre körperlichen Beschwerden in den Vordergrund, auf welche sie fixiert bleibe, indes sei das zentrale problematische Thema aus psychiatrischer Sicht in ihrer Abhängigkeitsproblematik im Sinne eines Abhängigkeitssyndroms mit ständigem Gebrauch von Opioiden zu sehen. Diese Abhängigkeit bezüglich Opioiden sei so stark ausgeprägt, dass ein stationärer Entzug unumgänglich sei. Ohne eine solche Abstinenz sei nicht davon auszugehen, dass die Versicherte in beruflicher Hinsicht wieder reintegriert werden könne (...). Bei einem solchen Klinikaufenthalt sei auch die Problematik der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung einzubeziehen (beispielsweise mit einer adäquaten antidepressiven Medikation und mit psychotherapeutischen Behandlungsversuchen). Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten sei erst dann realistisch möglich, wenn eine Beendigung der Medikamentenabhängigkeit erfolgt sei. Was die Hoffnung der Versicherten anbelange, mit einem Eingriff am Kiefergelenk links die körperlichen Beschwerden lindern zu können, wies der Gutachter darauf hin, dass eine Kiefergelenksstörung für sich allein nicht geeignet sei, um eine Schmerzsymptomatik auf der ganzen linken Körperseite bewirken zu können (...). Abschliessend hielt der Gutachter fest (...):

Das Abhängigkeitssyndrom hat bis anhin eine berufliche Wiedereingliederung mit grosser Wahrscheinlichkeit verunmöglicht, ohne dass heutzutage aber gesagt werden könnte, dass ein erheblicher körperlicher und geistiger Folgeschaden bereits verursacht wäre im Sinne einer dauerhaften hirnorganischen, neurologischen Schädigung oder einer bleibenden affektiven Wesensveränderung. Meines Erachtens kann mit einer kompetent durchgeführten mehrmonatigen stationären Behandlung in einer spezialisierten Suchtklinik oder psychiatrischen Klinik (...) bewirkt werden, dass die Versicherte ihre Suchtproblematik überwinden können sollte, wonach neu zu beurteilen sein wird, inwiefern die Versicherte sei es im Rahmen eines Wiedereingliederungsprogrammes, sei es im Rahmen eines Arbeitsversuchs wieder eingegliedert werden könnte und in welchem Umfang. Solange die Suchtproblematik so ausgeprägt vorliegt wie derzeit, ist eine exakte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zukünftig oder einer allfälligen Invalidität nicht möglich. Ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, kann derzeit nicht abschliessend beurteilt werden.

**3.3** Der RAD-Psychiater Dr.med. AF. \_\_\_\_\_ empfahl am 23. April 2012, auf das plausible und schlüssige psychiatrische Gutachten abzustellen und die Empfehlung des Gutachters für das weitere Procedere zu übernehmen (...). Daraufhin forderte die IV-Stelle mit Schreiben vom 27. April 2012 die Versicherte unter Hinweis auf die Schadenminderungs- und Mitwirkungspflichten auf, sich im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik oder einer entsprechenden Einrichtung behandeln zu lassen mit dem Ziel einer Abstinenz von Suchtmitteln. Zudem wurden monatliche Urinproben zum Nachweis der Abstinenz verlangt (...). Auf Antrag der Rechtsvertreterin der Versicherten verlängerte die IV-

Stelle am 8. Mai 2012 die Frist für die Bekanntgabe und Umsetzung der Auflagen (...). Am 27. Juli 2012 informierte die Versicherte die IV-Stelle dahingehend, dass sie beim Psychiater Dr.med.univ. F. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ...) sowie in regelmässiger physiotherapeutischer Behandlung (vor allem für die Kieferprobleme) sei. Diese Therapien würden dazu dienen, die Schmerzproblematik vor dem Entzug zu reduzieren, respektive der Versicherten einen besseren Umgang mit dem Schmerz zu ermöglichen (...). Mit Schreiben vom 30. Juli 2012 teilte die Versicherte der IV-Stelle mit, dass der Entzug sehr sorgfältig geplant werden müsse, was insbesondere auch voraussetze, dass Klarheit über die Kieferproblematik bestehe. Mitte August 2012 sei ein weiterer Termin beim Kieferorthopäden vorgesehen, wobei eventuell ein weiterer operativer Eingriff mit dem Ziel der Schmerzlinderung nötig werde. Erst nach Vorliegen dieser Unterlagen könne Näheres über den Beginn des Entzuges gesagt werden. Da sich die Angelegenheit weiter verzögere, sei umgehend und rückwirkend seit Ablauf der Wartezeit eine ganze IV-Rente zu gewähren (...). Mit Schreiben vom 27. August 2012 an die IV-Stelle erklärte die Versicherte, dass gemäss den weiteren kieferorthopädischen Abklärungen momentan keine weitere Operation anstehe. Mit einem Klinikseintritt (in die Klinik ...) sei per 30. Oktober 2012 zu rechnen (...). Am 27. November 2012 teilte die Rechtsvertreterin der IV-Stelle mit, die Versicherte sei am 21. November 2012 in die Klinik A... \_\_\_\_\_ eingetreten; geplant sei eine Entzugsdauer von drei bis vier Monaten (...). Bereits am 28. November 2012 brach die Versicherte den Klinikaufenthalt ab, was indes erst am 27. Dezember 2012 der IV-Stelle gemeldet wurde (...). Eine weitere Hospitalisation in der Klinik A... \_\_\_\_\_ folgte am 5. Dezember 2012, wobei der Austritt am 11. Dezember 2012 entgegen dem ärztlichen Ratschlag erfolgte (...). In den beiden Austrittsberichten der Klinik zu den Hospitalisationen vom 21. November 2012 bis 28. November 2012 einerseits sowie vom 5. Dezember 2012 bis zum 11. Dezember 2012 wurden folgende Diagnosen festgehalten (...):

- Rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode (F33.1)
- Somatoforme Schmerzstörung (F45.4)
- Opioidabhängigkeitssyndrom (MST, Tramal) (F11.2)
- Analgetikamissbrauch (Paracetamol, Lyrica, F55.2):

**3.4** Dr.med.univ. Z. F. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 26. Februar 2013 an die IV-Stelle u.a. aus, dass die Versicherte aufgrund von Schmerzen und Konzentrationsschwierigkeiten ab Juni 2009 nur mehr 50% und ab Februar 2010 überhaupt nicht mehr arbeiten konnte. Die Versicherte sei eine Kämpferin und er sei überzeugt, dass sie es schaffen werde, wieder ihr Leben zu leben und das Leben zu geniessen, aber bis dahin sei es noch ein steiler Weg. Er würde eine vorübergehende Berentung sehr befürworten (...).

In einem weiteren Schreiben vom 3. Juni 2013 an die IV-Stelle machte Dr.med.univ. Z. F. \_\_\_\_\_ geltend, dass die Versicherte mit dem Entzug anfangs des Jahres (2013) begonnen habe und in der Zwischenzeit gute Erfolge zu verzeichnen seien, indem bis zum 20. Mai 2013 drei Medikamente (MST, Lyrica und Dafalgan) erfolgreich abgesetzt worden seien. Die Versicherte sei sodann in der Lage gewesen, Tramal zu reduzieren (nicht aber abzusetzen). In ein paar Wochen werde versucht, das letzte Medikament (Tramal) (weiter) zu reduzieren bzw. ganz abzusetzen (soweit es die Schmerzen zulassen würden). Auch nach einem erfolgrei-

chen Entzug werde es sehr viel Zeit brauchen, bis die Versicherte wieder ins Leben gefunden habe, weshalb eine Arbeitsfähigkeit in naher Zukunft ausgeschlossen sei (...).

In einem Zwischenbericht vom 5. August 2013 an die IV-Stelle erläuterte Dr.med.univ. Z. F. \_\_\_\_\_ die aktuelle Medikamentenliste und wies darauf hin, dass aufgrund seiner Abwesenheit der Tramal-Abbau für anfangs September 2013 geplant sei. Der psychische Zustand sei leider nur leicht gebessert (...).

In einem "Endbericht" vom 15. November 2013 führte Dr.med.univ. Z. F. \_\_\_\_\_ gegenüber der IV-Stelle aus, die Versicherte habe im Oktober 2013 vergeblich versucht, Tramal zu reduzieren. Neuerdings seien starke Schmerzen in der Schultergegend und tägliche Kopfschmerzen hinzugekommen. Aus den durchgeführten MRI-Abklärungen der Hals- und Brustwirbelsäule seien keine Auffälligkeiten zu entnehmen, welche die Schmerzen erklären könnten. Nach Massgabe der MRI-Befunde sei er der Ansicht, dass sich hinter den Schmerzen auch eine Art somatoforme Schmerzstörung (ICD-10:F45.41) verberge: chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Der Entzug von Tramal werde in kleinsten Schritten fortgesetzt (...). Der psychische Zustand der Versicherten habe sich über die Monate leider verschlechtert. Sie sei in sich gekehrt, meide weiterhin soziale Kontakte (ausser gegenüber engsten Familienmitgliedern). Zusammenfassend ersuchte der behandelnde Psychiater um Zusprechung einer Rente, damit die Versicherte sich auf den weiteren Entzug, ihre Gesundheit sowie ihre Genesung konzentrieren könne (...).

**3.5** Der Hausarzt Dr.med. W. \_\_\_\_\_ berichtete am 19. Dezember 2013 (= Eingangsdatum) der IV-Stelle von einem stationären Gesundheitszustand mit unveränderter Diagnose. Weiter führte er u.a. aus, die ambulante Therapie bei Dr.med.univ. Z. F. \_\_\_\_\_ sei klar auf eine Reduktion der Medikamente gerichtet. Dabei sei es gelungen, alle Medikamente deutlich zu reduzieren bis auf das Tramal. Um eine Pathologie im HWS-Bereich und im Schädelhirn-Bereich sicher ausschliessen zu können, seien am 23. September 2013 sowie am 5. November 2013 entsprechende MRI-Abklärungen vorgenommen worden. Bei beiden Untersuchungen habe eine wesentliche Pathologie ausgeschlossen werden können; es handle sich mithin um eine somatoforme Schmerzstörung (...).

**3.6** In einem Bericht vom 7. Januar 2014 an den vertrauensärztlichen Dienst des zuständigen Krankenversicherers (Concordia) schilderte der behandelnde Psychiater (Dr.med.univ. Z. F. \_\_\_\_\_) den Verlauf, wonach die Hauptprobleme der Versicherten in den Schmerzen auf der ganzen linken Körperseite, in der Schmerzmittelabhängigkeit sowie in den psychischen Problemen zu sehen seien. Der stationäre Entzug sei im Jahre 2012 in der Klinik A.... \_\_\_\_\_ begonnen worden, indes nach zwei Wochen abgebrochen worden, weil man die Versicherte in der Klinik "weder als Patientin noch als Mensch korrekt behandelt" habe. Für eine spezialisierte Suchtklinik habe die Versicherte keine kantonale Kostengutsprache erhalten. Der anfangs 2013 begonnene ambulante Medikamenten-Entzug hinsichtlich gewisser Medikamente (MST/ Lyrica) sei erfolgreich gewesen. Hinsichtlich Tramal sei der Entzug derzeit nur "in kleinsten Schritten zumutbar" (...). Es werde noch mehrere Monate brauchen, bis sich der Gesundheitszustand der Versicherten unter ärztlicher Aufsicht stabilisiere. Die Medikamente (Opiate), die bei der Versicherten

zu einer Suchterkrankung geführt hätten, seien allesamt von ausgewiesenen Fachärzten der Klinik ... im Zusammenhang mit einem erlittenen Verkehrsunfall verschrieben worden, weshalb die Versicherte an der Ausbildung einer Suchterkrankung keine Schuld trage. Bei der Versicherten liege eine doppelte Problematik vor, nämlich einerseits eine organische Gesundheitsstörung verbunden mit starken Schmerzen und andererseits eine schwere Suchterkrankung, die sich auf Grund zu hoch verschriebener Medikamentendosen verselbständigt habe. Entzug und Stabilisierung der gesundheitlichen Situation seien aus diesen Gründen weit schwieriger, als wenn "nur" eine Suchtproblematik vorliegen würde (...).

**3.7** In der Folge wurde die Versicherte am 4. Februar 2014 vom RAD-Arzt und Psychiater Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) untersucht. In seiner *psychiatrischen Stellungnahme vom 3. Juli 2014*, welche auch eine detaillierte Auseinandersetzung mit den medizinischen Unterlagen umfasst, wurden u.a. folgende Aussagen der Versicherten festgehalten (...):

- dass ihr Vater ausgesprochen warmherzig und liebevoll gewesen sei,
- dass er auf einer Baustelle ausgerutscht sei und beim Sturz auf einen Metallspiess im Parterre aufgeprallt sei, welcher die Brust durchdrungen habe (dabei zeigte die Versicherte spontan genau den Bereich ihres eigenen Körpers an, von welchem die Schmerzen bei ihr selber ausgehen),
- dass dieses Ereignis die ganze Familie aus der Bahn geworfen habe,
- dass die als lieblos und hart geschilderte Mutter mit allem überfordert gewesen sei und die Versicherte nach dem Tod des Vaters für die ganze Familie verantwortlich gewesen sei,
- dass die Versicherte als Kämpferin die Berufslehre bei einem Treuhänder trotz ungeplant eingetretener Schwangerschaft abgeschlossen habe,
- dass die Ehe mit dem acht Jahre älteren Ehemann (und Vater des gemeinsamen Kindes) schwierig gewesen sei,
- dass die im Jahre 2006 erfolgte zweite Ehe unglücklich gestartet sei, indem auf dem Weg zur Hochzeit der Bräutigam einen Autounfall verursacht habe, worauf die Versicherte unter lumbal lokalisierten Schmerzen gelitten habe, welche schliesslich unter Physiotherapie ganz abgeklungen seien,
- dass im Jahre 2008 ihre beste Freundin in ... im Alter von 26 Jahren von ihrem Ex-Partner getötet worden sei, welcher sich dann selbst gerichtet habe,
- dass erst nach dem vollständigen Verschwinden der durch den Autounfall bewirkten Beschwerden das aktuelle Leiden begonnen habe, angefangen mit Schmerzen im Bereich des linken Unterkiefers,
- dass sie damals neben der 100%-Festanstellung noch viel für ihre eigene Firma gearbeitet habe,
- dass sie wegen anhaltender Verschlechterung ihre selbständige Tätigkeit ganz aufgegeben und aus gesundheitlichen Gründen nur noch zu 50% angestellt gewesen sei,
- dass die letzte Anstellung sehr schwierig gewesen sei, weil der Firmeninhaber seine Frau aus Ungarn in den Betrieb genommen habe, welche sehr eifersüchtig auf die Versicherte gewesen sei, was auch die in den Akten enthaltenen diffamierenden Aussagen über die Arbeitsweise der Versicherten erkläre,

- dass sie damals tatsächlich immer ungeduldiger, reizbarer und dünnhäutiger geworden sei, was auch wirklich zu Fehlleistungen bei der Arbeit geführt habe,
- dass sich ihr psychischer Zustand eigentlich erst deutlich verschlechtert habe, nachdem sie nicht mehr arbeiten können; unter den hohen Dosen von MST und Tramadol sei ihr einfach alles gleichgültig gewesen,
- dass sehr frustrierend sei, dass etliche somatische Abklärungen und Eingriffe (bis zur Entfernung mehrerer Zähne) erfolglos vorgenommen worden seien. Erst nach einer 5-jährigen Leidensgeschichte sei im Februar 2012 eine Operation am Kiefergelenk durchgeführt worden, welche tatsächlich einen Teil der Schmerzen (mit welchen die Entwicklung der chronischen Schmerzstörung begonnen hätten) vermindert habe,
- dass sie unwissend in die Abhängigkeit von MST und Tramadol geraten sei; all diese Medikamente seien ihr von Ärzten verschrieben worden, welchen sie vertraut habe und von denen sie sich Hilfe erhofft habe,
- und dass sie beim ersten Aufenthalt in der PK A....\_\_\_\_\_, als Dr. F.\_\_\_\_\_ noch dort gearbeitet habe, sich ernst genommen gefühlt habe, was beim zweiten Aufenthalt nicht mehr der Fall gewesen sei, weshalb sie sich für einen ambulanten Entzug der Medikamente bei Dr. F.\_\_\_\_\_ entschieden habe (...).

Dr.med. AG.\_\_\_\_\_ hat die im Rahmen der psychiatrischen Exploration festgestellten *psychischen Befunde* in seinem Bericht u.a. dahingehend zusammengefasst, dass keine Hinweise auf Störungen von Bewusstsein und Orientierung vorlagen. Es wurden keine Anhaltspunkte für Defizite von Auffassung und Gedächtnisfunktionen gefunden (auch wenn eigenanamnestisch erhebliche Konzentrationsstörungen im Alltag geschildert wurden). Das Denken war in formaler Hinsicht unauffällig. Aus den starken Gegensätzen zwischen Selbstangaben und objektiver Befunde leitete Dr.med. AG.\_\_\_\_\_ eine erhebliche Verdeutlichung durch die Explorandin ab. Weiter führte er u.a. aus:

Keine Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen oder Zwänge im engeren Sinn. Die Grundstimmung ist bzw. wird als meistens leichtgradig bedrückt geschildert, bei Gefühlen von Trauer und Wut (wobei dabei sowohl der Verlust des Vaters, die anhaltenden Schmerzen mit den daraus folgenden Einschränkungen und vor allem der stark protrahierte Verlauf wesentliche Faktoren sind, aber auch eine dumpfe Wut auf sich selbst, weil sie dies alles 'nicht in den Griff bekomme'). Während der Exploration wirkt die V. nicht erheblich bedrückt in einem depressiven Sinn, und es besteht eine deutliche Modulationsfähigkeit. Die affektive Zugänglichkeit wird durch die Verdeutlichungstendenz und ein appellatives Verhalten deutlich eingeschränkt. (...)

In seiner *Beurteilung* nahm Dr.med. AG.\_\_\_\_\_ u.a. eine Überprüfung der ICD-10-Kriterien für eine Depression vor und kam (unter Berücksichtigung der erheblichen Verdeutlichungstendenz der Versicherten) zum Schluss, dass die Auswertung der ganz oder teilweise erfüllten Kriterien einem leichtgradigen depressiven Zustand entspreche (...). Die Schilderung der Versicherten, dass die depressive Symptomatik deutlich stärker zutage trete, seit sie keine Opiate und kein Lyrica mehr einnehme, und dass ihr vorher alles gleichgültig gewesen sei, sei unter Berücksichtigung der psychotropen, teilweise euphorisierenden Wirkung von MST

und Lyrica gut nachvollziehbar. Wahrscheinlich sei dies auch der Grund dafür gewesen, dass der Gutachter Dr.med. W. \_\_\_\_\_ keinen depressiven Zustand diagnostiziert habe. Allerdings sei ein mittelgradig depressiver Zustand erstmals in der Klinik A.... \_\_\_\_\_ im November 2012 diagnostiziert worden, als die Versicherte noch unter hohen Dosen von MST, Tramal und Lyrica stand (...).

Weiter führte Dr.med. AG. \_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung aus, die chronischen Schmerzen bestünden mittlerweile seit über sechs Jahren. Ausgangspunkt sei sehr wahrscheinlich ein organisch bedingter Schmerz des linken Kiefergelenks gewesen, welcher im Februar 2012 operativ behoben wurde. In der Folge sei es zu einer Ausweitung der Schmerzen gekommen auf die gesamte linke Körperseite. Die aktuelle Ausbreitung, Charakteristik sowie Präsentationsweise der Schmerzen (mit geringer affektiver Beteiligung) sprächen stark für eine somatoforme Ätiologie. Ein unbewusster Zusammenhang mit dem die Entwicklung und das Leben der Versicherten stark prägenden Tod des Vaters sei wahrscheinlich (weil der Ausgangspunkt der somatoformen Schmerzen in dem Bereich des Körpers liege, in welchem der Vater tödlich verletzt wurde). Zudem habe sich die chronische Schmerzstörung entwickelt, nachdem die Versicherte schwierige Erfahrungen während zwei Ehen gemacht habe und wegen gesundheitlicher Probleme mit ihrem Sohn überfordert gewesen sei. Dies wiege für sie glaubhaft schwer, weil sie selbst in der Pubertät stark unter dem Verlust des Vaters gelitten habe. Aus all diesen Gründen sei es wahrscheinlich, dass der Entwicklung der chronischen Schmerzen ein primärer Krankheitsgewinn zugrunde liege im Sinne einer unbewussten "Flucht in die Krankheit". Die Tatsache, dass die Versicherte trotz der Schmerzen noch während mindestens zwei Jahren arbeitstätig gewesen sei, spreche eher gegen einen im Vordergrund stehenden sekundären Krankheitsgewinn. Dies passe zu ihrer Selbstdarstellung als eigentlich "optimistische Kämpferin".

Ein primärer Krankheitsgewinn bedeute zugleich, dass es der Versicherten nicht möglich sei, die Schmerzen durch eine zumutbare Willensanstrengung zu überwinden (da den Schmerzen ein komplett unbewusster, dem Willen nicht zugänglicher Prozess zugrunde liege).

In Bezug auf die Abhängigkeit von MST und Tramal sei festzuhalten, dass deren Verschreibung über recht lange Zeit in Anbetracht der somatoformen Genese der Schmerzen einen ärztlichen Behandlungsfehler darstelle. Erfahrungsgemäss sei es für Betroffene oft schwierig, kräfteraubend und zermürend, eine derartige Abhängigkeit zu überwinden. Unter anderem aufgrund der erfolgten Blutkontrollen sei davon auszugehen, dass die Versicherte tatsächlich seit Mai 2013 kein Lyrica und kein MST (Opiat) mehr einnehme, und dass die Dosis von Tramadol (Opioid) bis auf das Niveau einer therapeutischen Dosis (falls eine Indikation gegeben wäre, was hier nicht der Fall sei) reduziert wurde. In Anbetracht dieses Verlaufs sei es glaubhaft, dass die Versicherte für ein vollständiges Ausschleichen von Tramadol motiviert sei.

Der Argumentation des behandelnden Psychiaters Dr.med.univ. Z. F. \_\_\_\_\_, wonach der weitere Abbau davon abhängt, ob die somatischen Ursachen für die Schmerzen gefunden würden, hielt Dr.med. AG. \_\_\_\_\_ entgegen, dass nach der operativen Sanierung des linken Kiefergelenks nur noch somatoforme Schmerzen vorlägen.

Am Schluss seiner psychiatrischen Stellungnahme fasste Dr.med. AG. \_\_\_\_\_ seine Ergebnisse mit folgenden psychiatrischen Diagnosen und seiner Arbeitsfähigkeitsbeurteilung zusammen (...):

#### **Psychiatrische Diagnosen**

- F45.4 anhaltende somatoforme Schmerzstörung
  - im Sinne einer Konversionsstörung
  - mit leichtgradiger depressiver Symptomatik, seit rund 11/12
- F11.2 iatrogene Abhängigkeit von Opioid (Tramadol)
  - Aktuelle Dosis im therapeutischen Bereich (ohne therapeutische Indikation bei der V.)
- St.n. iatrogener Abhängigkeit von Opiat (MST), bis 2010 bis 5/13

Die leichtgradige depressive Symptomatik ist in den Rahmen der Schmerzstörung zu stellen, da sie sich als Folge derselbigen entwickelte, und auch weiterhin in engem Zusammenhang mit dieser fortbesteht.

#### **Arbeitsfähigkeit:**

Aus psychiatrischer Sicht sind zwar die Schmerzen im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht durch eine zumutbare Willensanstrengung überwindbar, da von einem primären Krankheitsgewinn auszugehen ist. Allerdings führen die Schmerzen nur zu einer leichtgradigen Verminderung der Arbeitsfähigkeit von rund 20%, unter Mitberücksichtigung einer gewissen, erhöhten Erschöpfbarkeit.

Die leichtgradige depressive Symptomatik führt per se nicht zu einer anhaltenden, erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

(...)

Der Versicherten ist aus medizinisch-theoretischer Sicht ein volles Arbeitspensum zumutbar, sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Treuhänderin als auch in einer anderen, angepassten Tätigkeit, mit einer Leistungsverminderung von 20% aufgrund der erhöhten Erschöpfbarkeit und der somatoformen Schmerzen.

Im Übrigen vermerkte Dr.med. AG. \_\_\_\_\_ zur Behandlung, dass die aktuelle medikamentöse Therapie nicht der durch den behandelnden Psychiater gestellten Diagnose einer mittelgradigen Depression entspreche. Die Versicherte erhalte nur Johanniskraut, und kein stärker wirksames Antidepressivum. Johanniskraut eigne sich höchstens für die Therapie leichtgradiger depressiver Verstimmungen (...).

**3.8** In einer Eingabe vom 6. August 2014 nahm die Versicherte zum Bericht von Dr.med. AG. \_\_\_\_\_ detailliert Stellung und schilderte darin nochmals ihre Sichtweise, wonach sie sinngemäss den Standpunkt vertritt, Anspruch auf mindestens eine halbe IV-Rente zu haben, wie dies auch von Dr.med. AG. \_\_\_\_\_ thematisiert worden sei (...).

**3.9** Am 20. Oktober 2015 liess die Versicherte der IV-Stelle mitteilen, dass sie am 1. Januar 2015 in einem Treuhandbüro in Zug eine Anstellung in einem 80%-Pensum angetreten habe, wobei der Wiedereinstieg sehr schwierig zu bewältigen sei, zumal sie unter den hohen beruflichen Anforderungen, noch immer an organischen Schmerzen und psychischen Gesundheitsproblemen leide und sich erschöpft fühle (...). Gleichzeitig ergänzte die Versicherte, dass sie nur noch IV-

Leistungen für den Zeitraum bis zur (bereits erfolgten) Aufnahme einer Erwerbstätigkeit beantrage (...).

**4.1** Im vorliegenden Fall verhält es sich so, dass die Versicherte seit dem 1. Januar 2015 wieder eine Erwerbstätigkeit im Rahmen eines 80%-Pensums ausübt. Streitig ist im Wesentlichen die Fragestellung, ob die Versicherte seit Ablauf der einjährigen Wartefrist (im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) bis zum 31. Dezember 2014 (d.h. bis zur Wiederaufnahme einer 80%igen Erwerbstätigkeit) einen befristeten Rentenanspruch aufweist (= sinngemässer Standpunkt der Beschwerdeführerin) oder nicht (= Standpunkt der Vorinstanz). Anzuführen ist, dass die IV-Anmeldung am 20. Mai 2010 erfolgte (...). Demnach kann nach Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG - sofern die vorerwähnte einjährige Wartezeit mit durchschnittlich mindestens einer Arbeitsunfähigkeit von 40% gegeben ist - der befristete Rentenanspruch grundsätzlich frühestens ab 1. November 2010 entstehen.

**4.2** In Anbetracht der zeitlichen Konstellation, wonach im konkreten Fall nur ein befristeter Rentenanspruch für den Zeitraum vom 1. November 2010 bis zum 31. Dezember 2014 Gegenstand des Beschwerdeverfahrens bildet, ist die Frage des massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrades grundsätzlich nach den vorhandenen medizinischen Unterlagen zu entscheiden. Mit anderen Worten macht eine neue medizinische Untersuchung der Versicherten zur Beurteilung des damaligen, wesentlich mehr als 1 ½ Jahre zurückliegenden Zeitraumes prinzipiell keinen Sinn, weil aus einer Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes grundsätzlich nicht ohne weiteres Schlussfolgerungen auf den damaligen Zustand gezogen werden können.

**4.3** Was die Frage von somatischen Beeinträchtigungen der Versicherten anbelangt, hat die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (...) nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass die getroffenen Abklärungen keine organischen Leiden ergaben, welche für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine IV-relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermögen. So wurde der orthopädische Untersuchungsbefund vom 18. November 2009 (mit Bericht vom 16. Dezember 2009) analog wie bei der ersten Untersuchung mit "weitgehend blande" umschrieben (...). Bei der Untersuchung in der ... Klinik vom 24. Februar 2010 wurde das diagnostizierte chronische zervikozepale und brachiale Schmerzsyndrom im Zusammenhang mit den linksseitigen Dauer-Kieferbeschwerden gesehen, welche sich im Verlaufe zu einem Schulter-Arm-Schmerzsyndrom ausgeweitet hätten, derweil eine myelopathische oder radikuläre Genese klar verneint wurde (...). Im Einklang damit steht auch, dass der den Unfallversicherer beratende Arzt Dr.med. AH. \_\_\_\_\_ in seiner Einschätzung vom 29. April 2010 die objektiverbaren somatischen Befunde als "äusserst spärlich" beurteilte ("gewisse myofasziale Befunde und muskuläre Dysbalance") und lediglich hinsichtlich der psychischen Beeinträchtigungen eine Begutachtung empfahl (...). Was sodann die Kieferbeschwerden anbelangt, ist zunächst zu berücksichtigen, dass nach dem operativen Eingriff von Februar 2012 nach der Aktenlage eine anhaltende Verbesserung eingetreten ist. Abgesehen davon ist nicht einzusehen, weshalb Kieferbeschwerden für leichte oder allenfalls mittelschwere Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen könnten, zumal erfahrungsgemäss die Ausübung einer Beschäftigung von einem lokal auftretenden (Kiefer)Leiden ablenken kann. Analoges gilt auch für die

Ohrbefunde, bei welchen gemäss Beschwerdeschrift (S. 14, Ziff. 52) bereits ab 2010 und mithin bereits vor dem hier massgebenden Zeitraum (siehe oben, Erw. 4.1) anerkanntermassen eine Besserung eingetreten ist.

Für das vorliegende Ergebnis, wonach für den betreffenden Zeitraum keine anhaltenden somatischen Beeinträchtigungen, welche die Arbeitsfähigkeit namentlich auch für körperlich leichte Tätigkeiten einzuschränken vermöchten, nach der Aktenlage hinreichend ausgewiesen sind, spricht schliesslich zum einen die Tatsache, dass die Versicherte ab 1. Januar 2015 wieder eine Erwerbstätigkeit im Umfange eines 80%-Pensums aufnehmen konnte und auch aufgenommen hat. Zum andern ist zu berücksichtigen, dass sich die Versicherte im Oktober/ November 2010 während rund eines Monats in der Klinik ... aufhielt sowie dort stationär behandelt und beurteilt werden konnte. Im entsprechenden Bericht an die IV-Stelle vom 4. November 2010 wurde unmissverständlich ab Klinikaustritt von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten gesprochen, wobei bestimmte Beanspruchungen zu meiden seien (keine Gewichte über 15 kg sowie nur selten vorgeneigtes Stehen und Überkopfarbeiten bis maximal 5 kg, vgl. ...). Soweit dazu in der Beschwerdeschrift (S. 13) Kritik am Bericht der Klinik ... im Kontext mit der Schmerzmedikation (Opiate) vorgebracht wird, ist darauf nachfolgend bei der Behandlung der Medikamentenabhängigkeit zurückzukommen. Im Übrigen wurde auch von den Fachärzten der Klinik ... nach der Hospitalisation vom 11. Mai 2009 bis zum 30. Mai 2009 für den Zeitraum ab Mitte Juni 2009 eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert (...).

**4.4.1** Zu prüfen sind in der Folge die psychischen Beeinträchtigungen. Diesbezüglich ist zunächst auf die Ausführungen der Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (...) zur Depressionsthematik zu verweisen, welchen uneingeschränkt beizupflichten ist. Dass im hier massgebenden Zeitraum durchgehend eine mittelgradige Depression zu berücksichtigen sei, wie in der Beschwerdeschrift (...) sinngemäss argumentiert wird, deckt sich nicht mit den vorliegenden medizinischen Akten. Während in der Klinik .... keine depressive Störung diagnostiziert wurde, wird eine rezidivierende mittelgradige depressive Störung in den Berichten der Klinik A....\_\_\_\_\_ zu den Hospitalisationen in den Jahren 2011 und 2012 (...) sowie im Bericht des SPD vom 15. November 2011 (...) aufgeführt, derweil der begutachtende Psychiater Dr.med. W.\_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 30. März 2012 weder eine leichte, noch eine mittelgradige depressive Episode konstatieren konnte. Der RAD-Psychiater Dr.med. AG.\_\_\_\_\_ hat sodann im Rahmen der Untersuchung vom 4. Februar 2014 sowie einer detaillierten Analyse lediglich eine leichtgradige depressive Störung evaluiert (...). Dieses zuletzt erwähnte Zwischenergebnis kann mit Einwänden in der Beschwerdeschrift (...), wonach die Versicherte beispielsweise damals die meiste Zeit im Bett verbracht habe und zu jener Zeit Defizite im Gedächtnis aufgewiesen habe, welche durch eine neuropsychologische Untersuchung zu verifizieren gewesen wären, hier nicht substantiiert in Frage gestellt werden, zumal solche nachträglichen Einwände kaum überprüfbar sind. Abgesehen davon ist hier darauf abzustellen, dass die Gedächtnis- und Auffassungsleistungen (spätestens) seit dem 1. Januar 2015 ein Ausmass aufweisen, welches eine Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit im Treuhandbereich ermöglichte. Hinsichtlich des behandelnden Psychiaters Dr.med.univ. Z. F.\_\_\_\_\_ ist anzumerken, dass er in einem Bericht vom 7. Januar 2014 wohl die Diagnose ei-

ner rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) aufführt, allerdings in diesem Bericht keine psychischen Befunde erhoben werden, mithin eine Verifizierung der entsprechenden ICD-10 Kriterien nicht möglich ist (...). Analoges gilt beispielsweise auch für die Berichte des behandelnden Psychiaters vom 26. Februar 2013 (...), vom 3. Juni 2013 (...), vom 5. August 2013 (...) und vom 15. November 2013 (...).

**4.4.2** Die angesprochenen Divergenzen in der Beurteilung der depressiven Symptomatik der Versicherten durch verschiedene Akteure braucht indessen im konkreten Fall aus den nachfolgenden Gründen nicht weiter erörtert zu werden, da entgegen der Argumentation der Vorinstanz die vorliegende Medikamentenabhängigkeit grundsätzlich nicht tel quel als IV-irrelevant beurteilt werden kann. In der Beschwerdeschrift wird dazu nachvollziehbar und überzeugend vorgebracht, dass es sich bei der betreffenden Schmerzmitteleinnahme zu keinem Zeitpunkt um eine Selbstdispensation handelte, sondern um ärztlich verschriebene Schmerzmittel (zuletzt auch MST continuus während eines Aufenthaltes in der Klinik, ...). Das durchgeführte Therapieprogramm mit einer hohen Gabe suchterzeugender Medikamente wurde offensichtlich als wichtiger erachtet als die Suchtgefahr für die damals 31-jährige Versicherte, wie in der Beschwerde (...) einleuchtend betont wurde. Dass die Versicherte unter dem Einfluss von Opiaten stand, welche sie zwecks Schmerzbehandlung von ihren Ärzten erhalten hatte, wurde auch vom Gutachter Dr.med. W.\_\_\_\_\_ festgehalten (...). In dieser ab 2010 aufgetretenen iatrogenen Medikamentenabhängigkeit hat der RAD-Psychiater Dr.med. AG.\_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 3. Juli 2014 nachvollziehbar und überzeugend *einen ärztlichen Behandlungsfehler* erblickt (...), welchem bei der Beurteilung der IV-Relevanz der aufgetretenen (suchtbedingten) Beeinträchtigungen der Versicherten eine besondere Bedeutung zukommt.

**4.4.3** Im Lichte dieser konkreten Umstände sprechen die gewichtigeren Aspekte dafür, in diesem (Grenz)Fall für den Zeitraum seit dem Klinikeintritt in ... (20.10.2010) mit den ärztlich verordneten starken Opiat-Dosen und der dadurch (mit)verursachten Medikamentenabhängigkeit für die nachfolgende Zeit (vorerst) eine IV-relevante Arbeitsunfähigkeit zu akzeptieren (zum Umfang siehe nachfolgend). Für dieses Ergebnis spricht letztlich auch, dass im psychiatrischen Gutachten vom 30. März 2012 eine exakte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hinsichtlich eines invalidisierenden Gesundheitsschadens bis zur Durchführung einer (zumutbaren) Entzugsbehandlung aufgeschoben wurde (...).

**4.4.4** Die Fragestellung, für welche Dauer und in welchem Umfang im konkreten Fall eine (durch ärztlichen Behandlungsfehler bewirkte) medikamenteninduzierte Arbeitsunfähigkeit anerkannt werden kann, ist im nachfolgend dargelegten Sinn zu beantworten. Eine zweifelsfreie Abgrenzung der Dauer und des Umfangs dieser medikamenteninduzierten Arbeitsunfähigkeit ist gar nicht möglich. Nach den konkreten Umständen erweist es sich als unumgänglich, dass der massgebende Arbeitsunfähigkeitsgrad aus den vorhandenen medizinischen Unterlagen retrospektiv hergeleitet wird, zumal aus Zusatzabklärungen im Rahmen einer antizipierten Beweiswürdigung keine relevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten sind. Sodann ist davon auszugehen, dass die Wiedererlangung der (zumutbaren) Arbeitsfähigkeit (bei iatrogenen Schädigung) grundsätzlich nicht auf einen bestimmten Stichtag be-

zogen werden kann, sondern vielmehr als ein länger dauernder Prozess zu verstehen ist, welcher hier parallel bzw. reziprok zu den nach und nach erfolgreichen Entzugsbemühungen verläuft. Bei dieser Sachlage ist die bei Beginn des Klinikeintritts in ... (20.10.2010) auf 100% zu veranschlagende Arbeitsunfähigkeit kontinuierlich - in Wechselwirkung zu den Fortschritten im begonnenen Medikamentenentzug - herabzusetzen. Die Einschätzung dieser Entwicklung ist hier insbesondere auch noch durch Aspekte einer vermittelnden Vergleichslösung geprägt, welche insgesamt einen abgestuften (befristeten) Rentenanspruch rechtfertigen (siehe auch nachfolgend).

**4.4.5** Diese vorstehenden Erwägungen führen zum Ergebnis, dass ab Klinikeintritt in .... (20.12.2010) eine vollständige (IV-relevante) Arbeitsunfähigkeit zu veranschlagen ist, welche sich, nachdem die Versicherte bis Mai 2013 erfolgreich drei Medikamente (MST, Lyrica, Dafalgan) absetzen konnte (...), ab Mai 2013 ermessensweise auf 50% herabzusetzen ist. Sodann ist diese reduzierte Arbeits(un)fähigkeit von 50% nach Massgabe des beweiskräftigen psychiatrischen Konsiliums von Dr.med. AG. \_\_\_\_\_, welches sich auf die klinische Untersuchung vom 4. Februar 2014 abstützt, dahingehend anzupassen, dass seither bzw. ab März 2014 von einer verbliebenen Leistungseinschränkung (infolge erhöhter Erschöpfbarkeit/ Pausenbedarf) von noch 20% auszugehen ist (...).

**4.4.6** Nachdem die Beschwerdeführerin zwischenzeitlich wieder im angestammten Beruf (Treuhandbereich) arbeitet und nach der Aktenlage vor der Anmeldung zum Leistungsbezug in dieser Branche mindestens teilweise selbständig erwerbstätig war (vgl. IV-act. 17-11/16 oben), ist hinsichtlich der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen davon auszugehen, dass die Versicherte das vorstehend erläuterte, kontinuierlich ansteigende Arbeitsfähigkeitspotential zumutbarerweise grundsätzlich mit einem höheren Pensum hätte umsetzen können, mithin ein eigentlicher Einkommensvergleich hier entbehrlich erscheint. Dafür spricht schliesslich, dass die beanwaltete Beschwerdeführerin zum (hypothetischen) Einkommensvergleich nichts vorgebracht hat und jedenfalls nicht geltend gemacht hat, dass sie den früheren Verdienst in der Treuhandbranche nach dem Wiedereinstieg nicht mehr erreichen konnte bzw. kann.

**4.5** Nach dem Gesagten rechtfertigen die konkreten Umstände im vorliegenden Fall (mit einer durch ärztlichen Behandlungsfehler bewirkten, medikamenteninduzierten Arbeitsunfähigkeit) gesamthaft, dass der Versicherten ein befristeter Rentenanspruch zuzugestehen ist, welcher auf eine ganze IV-Rente für den Zeitraum vom 1.11.2010 bis 30.4.2013 (30x eine ganze IV-Rente) und auf eine halbe IV-Rente für den Zeitraum vom 1.5.2013 bis 28.2.2014 (10x eine halbe IV-Rente) festzulegen ist. (...).

**3.** Nach dem am 4. Oktober 2016 versandten VGE I 2016 40 vom 5. September 2016 sind den vorliegenden Akten u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben zu entnehmen, wobei ein relevanter Teil der Fremdakten (Arbeitslosenversicherung/ Krankentaggeldversicherung etc.) und die darin enthaltenen Informationen der IV-Stelle erst nach der Ankündigung der IV-Stelle, ein MEDAS-Gutachten einzuholen (IV-act. 231), zugegangen sind. Um eine bessere Übersicht zu

gewährleisten, werden die betreffenden, gegenüber der jeweiligen Versicherung abgegebenen Erklärungen getrennt aufgelistet (siehe nachfolgend, keine wörtliche Wiedergabe, sondern sinngemässe Zusammenfassungen).

Angaben gegenüber der IV-Versicherung (aus den eigentlichen IV-Akten entnommen)	Angaben gegenüber anderen Versicherungen (aus Fremddakten entnommen)
<p>3.1 Im Revisionsgesuch vom 16.1.2017 machte die Versicherte geltend, dass sich am 22.9.2016 ein unerwarteter Todesfall in ihrer Familie ereignet habe, welcher zu einer vollständigen Dekompensation der fragilen gesundheitlichen Situation geführt habe. Der behandelnde Psychiater habe seit Sept. 2016 eine mittelgradige Depression diagnostiziert. Zudem leide sie an psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, einem nach wie vor bestehendem Abhängigkeitssyndrom sowie an einer andauernden Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom (IV-act. 127-2/14) i.V.m. IV-act. 127-11f./14 = Bericht Dr. F._____ vom 4.1.2017).</p>	
<p>3.2 Dr.med. Al._____ (Leiter der Schmerzklinik, ...) berichtete am 25. Januar 2017 dem Hausarzt Dr.med. ..., bei der Versicherten liege eine komplexe Vorgeschichte mit Medikamentenabusus vor. Breite Therapieoptionen hätten keinen Erfolg gebracht. Eine relevante strukturelle Pathologie im HWS-Bereich könne mittels MRI ausgeschlossen werden. Es bestehe neben einer psychosomatisch komplexen Situation ein vorwiegend myofasziales Schmerzsyndrom. Möglicherweise sei durch den Abbau des Tramadols eine gewisse Hyperalgesierung zu Tage getreten, die sich im Verlauf weiter normalisieren dürfte. Da Tramadol auch eine relevante Wirkung auf den Serotoninstoffwechsel habe, empfehle er um diese Komponente zu substituieren den Einsatz eines der auch in schmerztherapeutischer Hinsicht sinnvollen Antidepressiva (IV-act. 168-6/6).</p>	
<p>3.3 In einem Bericht vom 3. März 2017 an die IV-Stelle revidierte Dr. F._____ seine (optimistische) Einschätzung vom 4.1.2017 und ergänzte, dass nach Absetzen von Tramadol die Versicherte unter massivsten Schmerzen leide. Die Versicherte habe ihre Arbeitsstelle verloren, was ihr zu-</p>	

<p>sätzlich zugesetzt und den Gesundheitszustand verschlechtert habe; eine Arbeitsaufnahme sei noch nicht vorgesehen und derzeit nicht möglich (IV-act. 130).</p>	
<p>3.4 In einem Bericht vom 23.03.2017 führte Dr.med. AJ._____ gegenüber der IV-Stelle aus, dass mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit grundsätzlich zu rechnen sei, noch offen sei der Zeitpunkt (IV-act. 168-3/6).</p>	
	<p>3.5 Am 8.5.2017 schrieb die Zürich Versicherung (Krankentaggeld, KTG) der Versicherten, gemäss Konsiliarbericht von Dr. ... (mit Untersuchung v. 5.4.17, vgl. IV-act. 186-5/16) betrage die Arbeitsfähigkeit ab 1.5.17 50% sowie ab 1.9.2017 100% (Fremdakten 6-57/68 + 5-58ff./112 i.V.m. IV-act. 186-11/16).</p> <p>Am 12.5.17 unterzeichnete die Versicherte einen Antrag auf Arbeitslosenentschädigung und deklarierte, 20-22 Stunden pro Woche (50% einer Vollzeitbeschäftigung) arbeiten zu können (Fremdakten 4-166/189). Beim Erstgespräch bei der Regionalen Arbeitsvermittlung (RAV Goldau) vom 22.5.17 erklärte sie, sie suche eine Arbeit zu 50%, da KTG (Zürich) ab Mai nur zu 50% zahle; gemäss Arzt sei sie 100% arbeitsunfähig; sollte sie wieder 100% arbeitsfähig sein, suche sie Arbeit zu 100% (Fremdakten 6-42/68).</p> <p>Am 26.5.17 deklarierte die Versicherte gegenüber dem RAV, zu 50% arbeitsfähig und vermittelbar zu sein (Fremdakten 4-119f./189).</p> <p>Der Vertrauensarzt der Zürich Versicherung (Dr....) pflichtete am 28.6.17 der Einschätzung von Dr. ... bei, wonach die Versicherte ab 1.5.17 zu 50% und ab 1.9.17 zu 100% arbeitsfähig zu beurteilen sei (Fremdakten 5-31f./112 i.V.m. 5-12f./112).</p>
	<p>3.6 Nachdem Dr.med. F._____ im Zeitraum ab 22.9.2016 kontinuierlich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (bis 30.6.2017) attestiert hatte (vgl. Fremdakten 6-56/68 - 6-68/68), bescheinigte er am 28.6.2017 für den Folgemonat Juli 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (Fremdakten 6-54/68). Diese Bescheinigung erfolgte 2 Tage nach dem Schreiben des Amtes für Arbeit vom 26.6.2017, dass die Arbeitslosenversicherung unter Hinweis auf Art. 28</p>

	<p>Abs.1 AVIG ab 9.6.17 keine Taggelder leistete, wenn die Versicherte weiterhin zu 100% arbeitsunfähig sei (Fremdakten 6-1/68). Ebenfalls am 26.6.17 deklarierte die Versicherte gegenüber dem RAV, seit 1.5.17 bis auf weiteres zu 50% arbeitsfähig zu sein (Fremdakten 4-116f./189).</p> <p>Beim RAV-Beratungsgespräch vom 3.7.17 wurde eine Arbeitsfähigkeit für den Juli von 50% sowie u.a. festgehalten, dass die von der Versicherten im Juni 17 vorgenommenen persönlichen Arbeitsbemühungen (PAB) in Ordnung seien (Fremdakten 6-41/68).</p>
<p>3.7 Ein MRI des ganzen Körpers vom 11.7.17 am Röntgeninstitut ... ergab (abgesehen von einer unklaren Läsion periventriculär rechts, siehe IV-act. 179-4/12) unauffällige Befunde (kein Nachweis eines tumorösen Prozesses der Weichteile etc., IV-act. 177-9/10).</p>	
<p>3.8 Eine von Dr.med F._____ am 31.7.17 veranlasste native und kontrastmittelverstärkte MR-Untersuchung (Kopf/Wirbelsäule) am Röntgeninstitut ... ergab keine bildmorphologisch nachweisbaren Veränderungen cerebral oder spinal, welche die langjährige Symptomatik erklären könnten (IV-act. 177-7/10).</p>	
<p>3.9 Neurologische Abklärungen vom 18.8.17 durch Dr. ... ergaben, dass die klinische Untersuchung abgesehen von Hypästhesien im Gesicht und linken Arm unauffällig war, hingegen weitergehende Untersuchungen (Labor/ Lumbalpunktion etc.) Anlass gaben, ein klinisch isoliertes Syndrom (CIS) zu diagnostizieren (IV-act. 179-4/12).</p>	<p>Beim RAV-Beratungsgespräch vom 30.8.17 wurde notiert, dass kein Klinikaufenthalt geplant sei, indes ärztliche Untersuchungen nötig seien: "evtl. Vorstufe MS"; bis 31.8.17 liege ein Arztzeugnis mit einer Arbeitsunfähigkeit von 50% vor, ab 1.9.17 sei sie 100% arbeitsfähig (Fremdakten 6-40/68).</p> <p>Analog deklarierte die Versicherte am 21.9.17 gegenüber dem RAV, dass sie zu 100% arbeitsfähig sei (Fremdakten 4-80f./189).</p> <p>Dr.F._____ attestierte am 29.9.17, dass die Versicherte seit 1.9.17 zu 100% arbeitsfähig sei (Fremdakten 4-77/1898).</p>
<p>3.10 Im Bericht vom 19.10.17 an die Zürich (KTG) führte Dr.med. F._____ u.a. aus, gemäss Dr. ... sei bei der Versicherten ein CIS Syndrom als Vorstufe einer Multiplen Sklerose (MS) diagnostiziert worden; es werde eine 2. Meinung beim Neurologen Dr. ... (... Klinik ...) eingeholt, welcher die gleichen Tests wiederholen werde. Damit</p>	<p>Beim RAV-Beratungsgespräch vom 3.10.17 wurde notiert, dass ein Klinikaufenthalt Mitte Nov. geplant sei; aktuell sei die Versicherte 100% arbeitsfähig und betreibe Stellensuche (Fremdakten 6-39/68).</p> <p>Die Versicherte verneinte am 19.10.17 gegenüber dem RAV, dass sie arbeitsunfähig</p>

<p>sei die Einschätzung der Vertrauensärztin Dr. B._____ [mit einer Arbeitsfähigkeit von 50% ab 1.5.17] rückwirkend nicht länger haltbar; er komme zum Ergebnis, dass die Versicherte rückwirkend seit 1.5.17 zu 100% arbeitsunfähig sei (IV-act. 179-10f./12).</p>	<p>sei und führte u.a. aus, im gleichen Umfang wie im Vormonat (zu 100%) eine Arbeit zu suchen (Fremdakten 4-76/189).</p>
	<p>3.11 Beim RAV-Beratungsgespräch v. 9.11.17 wurde notiert, dass die Diagnose MS bestätigt worden sei; ihr Anwalt habe bei der Zürich Einsprache erhoben; sie warte weiterhin, bis sie in die Klinik könne; es müsse geklärt werden, ob die Zürich wieder KTG bezahle; das weitere Vorgehen bestehe darin, weiterhin Stellen zu suchen (Fremdakten 6-38/68).</p> <p>Am 22.11.17 verneinte die Versicherte gegenüber dem RAV, arbeitsunfähig zu sein (Fremdakten 4-73/189).</p>
	<p>3.12 Beim nächsten RAV-Beratungsgespräch wurde am 12.12.17 notiert, dass am 18.12.17 eine OP erfolge; die Versicherte betreibe "weiterhin 100% Stellensuche", in der letzten Januarwoche möchte sie Ferien beziehen (Fremdakten 6-37/68).</p>
<p>3.13 Aufgrund einer antero-lateralen OSG-Instabilität wurde die Versicherte am 18.12.17 im Spital ... operiert (MIS-lateralisierende Kalkaneus-Osteotomie mit Schrauben-Osteo-synthese/ OSG-Arthroskopie mit Teilsynovektomie und Entfernung freier Gelenkkörper/ Arthroskopische laterale Bandplastik linkes OSG (IV-act. 183). Gemäss Austrittsbericht war die Versicherte bei angepasster analgetischer Medikation schmerz kompensiert und mit Unterarmstützkrücken sicher treppenmobil (IV-act. 185-2/2).</p>	
<p>3.14 In einem Bericht vom 4.1.18 an die IV-Stelle führte Dr. AQ._____ u.a. aus, dass sie keine Arbeitsunfähigkeit attestiert habe (IV-act. 914-1/4) und hinsichtlich der Funktionseinschränkungen eine psychiatrische Beurteilung nötig sei (IV-act. 194-3f./4).</p>	<p>Die Versicherte deklarierte am 25.1.2018 gegenüber dem RAV, vom 18.12.17 bis 16.1.18 wegen Krankheit arbeitsunfähig gewesen zu sein (vgl. Fremdakten 4-58/189; siehe auch unten Ziff. 3.16).</p>
	<p>3.15 Beim RAV-Beratungsgespräch vom 7.2.18 wurde u.a notiert, dass die Versicherte bis 31.1.18 und bis auf weiteres 100% arbeitsunfähig sei (Fremdakten 6-36/68).</p> <p>Am 20.2.18 verneinte die Versicherte gegenüber dem RAV, im Februar 18 arbeits-</p>

	<p>unfähig gewesen zu sein (Fremdakten 4-54/189).</p> <p>Am 21.3.18 verneinte die Versicherte gegenüber dem RAV, im März 2018 arbeitsunfähig gewesen zu sein (Fremdakten 4-50f./189).</p>
<p>3.16 Dr.med. AK. _____ (FA Orthopädie, Pfäffikon) bescheinigte am 6.4.18 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis 16.1.18 (IV-act. 195-1/4); die Versicherte laufe wieder flüssig, stabiles Gefühl im OSG links (IV-act. 195-2/4); Neuaufnahme einer Arbeit im 50% Pensum/ "Pat. arbeitet wieder!" (IV-act. 195-3f./4).</p>	<p>Am 20.4.18 verneinte die Versicherte gegenüber dem RAV, im April 2018 arbeitsunfähig gewesen zu sein (Fremdakten 4-47f./189).</p> <p>Beim RAV-Beratungsgespräch vom 4.5.18 wurde notiert, dass die Versicherte eine Stelle in Aussicht habe (ab 1.9.18 zu 50%); bis dahin versuche sie, eine temporäre Anstellung zu finden (Fremdakten 6-35/68).</p>
<p>3.16 Dr.med. F. _____ führte im Verlaufsbericht vom 3.5.18 an die IV-Stelle aus, dass die Versicherte seit 22.9.16 zu 100% arbeitsunfähig sei. Nun habe sie zusätzlich starke Depressionen; sie sei müde, gereizt und erschöpft; aktuell sei ihre keine Arbeit zumutbar. Eine mögliche Lösung sei eine IV-Rente, damit etwas Ruhe und Sicherheit in ihrem Leben eintreten könne (IV-act. 196-2/19).</p>	<p>Beim RAV-Beratungsgespräch vom 24.5.18 wurde notiert, dass die Versicherte ab 1.9.18 eine Stelle als Treuhänderin gefunden habe, danach werde sie sich vom RAV abmelden; bis dahin versuche sie, eine temporäre Stelle zu finden; weiterhin habe sie mindestens 10 Arbeitsbemühungen vorzulegen (Fremdakten 6-34/68).</p> <p>Am 24. Mai 2018 verneinte die Versicherte gegenüber dem RAV, im Mai 2018 arbeitsunfähig gewesen zu sein (Fremdakten 4-42/189).</p>
<p>3.17 PD Dr. Dr... (Gesichts-/ Kieferchirurgie Hirslanden Klinik ...) untersuchte die Versicherte am 19.6.18 und stellte die Diagnose einer ausgeprägten Myoarthropathie mit zusätzlicher HWS-Symptomatik. Er empfahl eine Physiotherapie mit Triggerpunktbehandlung (IV-act. 208).</p>	<p>Am 23.6.18 verneinte die Versicherte gegenüber dem RAV, im Juni 2018 arbeitsunfähig gewesen zu sein (Fremdakten 4-39/189).</p>
<p>3.18 Dr. ... (FA Orthopädie/ Traumatologie, ...) untersuchte die Versicherte am 6.7.18 und stellte hinsichtlich des linken Fusses die Verdachtsdiagnose eines Sinus tarsi Syndroms links; die Indikation zur Bandplastik sei fraglich, zumal die Versicherte weder über ein OSG-Supinationstrauma noch über ein Instabilitätsgefühl berichte (IV-act. 210-6f./7); zur Arbeitsfähigkeit konnte er nicht Stellung nehmen (IV-act. 210-5/7 oben).</p>	
<p>3.19 Am 12.7.18 teilte die Rechtsvertreterin der IV-Stelle u.a. mit, dass die Versicherte aktuell keine Erwerbsarbeit ausübe und noch unklar sei, ob der Fuss nochmals operiert werden müsse (IV-act. 205).</p>	<p>Beim RAV-Beratungsgespräch vom 3.7.18 wurde notiert, dass die Versicherte immer noch in Verhandlungen mit dem künftigen Arbeitgeber sei; sie sei optimistisch, dass es per Sept. 18 klappen sollte; die Arbeitsbemühungen für Juni seien i.O. (Fremdak-</p>

	<p>ten 6-33/68).</p> <p>Am 23.7.18 verneinte die Versicherte gegenüber dem RAV, im Juli 2018 arbeitsunfähig gewesen zu sein (Fremdakten 4-35f./189).</p>
<p>3.20 PD Dr. Dr. ... berichtete der Hausärztin Dr. ... am 16.8.18, 8 Physiotherapiesitzungen hätten nicht den gewünschten Erfolg gebracht; die muskuläre Situation habe sich etwas verbessert, die passive Translation des Kiefergelenkes sei nun möglich, es würden sich immer noch enoral deutliche Pressmarker an der Zunge und Schliffacetten zeigen; im Kaumuskelbereich seien Triggerpunkte vorhanden, welche schmerzhaft seien; eine neurologische Abklärung habe eine MS ausschliessen können; es bestehe eine isolierte Kiefergelenksaffektion links mit beginnender arthrotischer Veränderung. Eine Verbindung zu einer etwaigen intrazerebralen Veränderung bestehe mit Sicherheit nicht (IV-act. 215).</p>	<p>Am 23.8.18 verneinte die Versicherte gegenüber dem RAV, im August 2018 arbeitsunfähig gewesen zu sein (Fremdakten 4-23f./189).</p> <p>Beim RAV-Beratungsgespräch v. 29.8.18 wurde notiert, die Versicherte habe eine Stelle, der Vertrag sei noch nicht ausgestellt, voraussichtlich ab 1.1.19; sie könne noch 3 Monate ALV-Taggelder beziehen, danach sei sie ausgesteuert; weiterhin 10 Arbeitsbemühungen pro Monat (Fremdakten 6-32/68).</p>
	<p>3.21 Am 23.9.18 verneinte die Versicherte gegenüber dem RAV, im September 2018 arbeitsunfähig gewesen zu sein (Fremdakten 4-20f./189).</p> <p>Am 23.10.18 verneinte die Versicherte gegenüber dem RAV, im Oktober 2018 arbeitsunfähig gewesen zu sein (Fremdakten 4-16f./189).</p>
<p>3.22 Am 2.11.18 teilte die Rechtsvertreterin der IV-Stelle mit, dass am 16.11.18 Dr. ... in der Hirslanden Klinik ... eine Fussoperation und Dr. ... am 3.12.18 in ... den Kiefer operieren werde (IV-act. 216).</p>	<p>Am 23.11.18 verneinte die Versicherte gegenüber dem RAV, im November 2018 arbeitsunfähig gewesen zu sein (Fremdakten 4-13f./189).</p>
<p>3.23 Die angekündigte Fussoperation wurde nicht durchgeführt (offenbar weil zunächst ein ambulanter Opiatenzug bei Dr. F._____ abgesprochen wurde, IV-act. 219).</p>	
<p>3.24 Am 3.12.18 wurde die Versicherte von PD Dr. Dr. ...r operiert (Gelenkrevison links mit Interponat von Temporalismuskel). Im Austrittsbericht v. 6.12.18 wurde der postoperative Verlauf als komplikationslos beschrieben. Im Verlaufsbericht v. 27.12.18 an die IV-Stelle eine Arbeitsunfähigkeit von 4 Wochen ab 3.12.18, eine nächste Kontrolle am 17.1.19 werde zeigen, ob die AUF verlängert werde (IV-act. 217).</p>	<p>Am 19.12.18 verneinte die Versicherte gegenüber dem RAV, im Dezember 2018 arbeitsunfähig gewesen zu sein (Fremdakten 4-10f./189).</p> <p>Beim RAV-Beratungsgespräch vom 20.12.18 wurde notiert, dass die ALV-Taggelder per 4.1.19 ausgeschöpft seien; es sei vorgesehen, die Versicherte per 6.1.19 abzumelden (Fremdakten 6-30/68).</p>
	<p>3.25 Am 22.1.19 verneinte die Versicherte</p>

	gegenüber dem RAV, im Januar 2019 arbeitsunfähig gewesen zu sein (Fremdakten 4-6f./189).
3.26 Dr. F. _____ machte in einem Bericht vom 4.3.19 an die IV-Stelle eine deutliche Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes der Versicherten geltend. Die Kieferoperation (3.12.18) habe etwas Linderung in der Kiefergegend gebracht, jedoch "blieben die 'alten' Schmerzen unverändert". Es sei am 6.3.19 eine Botoxspritze geplant, ab 7.3.19 über Monate erneut ein ambulanter Medikamenten-Entzug von Opiaten und Benzodiazepinen; dann folge noch eine komplizierte Fussoperation (IV-act. 223).	

**4.** Eine gerichtliche Würdigung der vorstehenden Angaben zeitigt (unter Einbezug der gesamten Aktenlage) die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

**4.1.1** Anknüpfend an den massgebenden Vergleichszeitpunkt (VGE vom 5.9.16 mit dem darin berücksichtigten Verlauf bis zur Verfügung vom 9.3.16), wonach ab März 2014 in der angestammten Tätigkeit (im Treuhandbereich) eine Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 80% (bzw. eine Leistungseinbusse von 20% infolge erhöhter Erschöpfbarkeit/ vermehrtem Pausenbedarf) veranschlagt wurde (vgl. Erw. 4.4.5 des Entscheids VGE I 2016 40 vom 5.9.2016), ist der Argumentation der Vorinstanz insofern beizupflichten, als sinngemäss in der mit dem Revisionsgesuch vom 16. Januar 2017 geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustands grundsätzlich keine rentenrelevante Veränderung zu erblicken ist. Als Ausgangspunkt ist zu berücksichtigen, dass die Versicherte mit einer abgeschlossenen Ausbildung im Treuhandbereich am 12. Mai 2017 einen Antrag auf Arbeitslosenentschädigung unterzeichnete, wobei oberhalb der Unterschrift der Vermerk enthalten ist: "Ich bestätige, dass ich alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe" (vgl. Fremdakten 4-169/189, unterhalb der Mitte). In diesem Antrag auf Arbeitslosenentschädigung deklarierte die Versicherte, eine Teilzeitbeschäftigung im Umfange von 20 bis 22 Stunden pro Woche bzw. 50% einer Vollzeitbeschäftigung zu suchen (vgl. Fremdakten 4-166/189 Ziff. 3). Unmittelbar nach dieser Ziffer 3 beantwortete die Versicherte die Frage Ziffer 4 "Sind Sie zur Zeit im gewünschten Ausmass arbeitsfähig" mit "Ja". Weitere Fragen auf diesem Antragsformular, namentlich "Haben Sie ein Taggeld oder eine Rente beantragt?", beantwortete die Versicherte - ungeachtet der angesprochenen Wahrheitspflicht - mit "Nein" (vgl. Fremdakten 4-166/189 Ziff. 9).

**4.1.2** Im erwähnten Revisionsgesuch vom 16. Januar 2017 wurde als Auslöser der gesundheitlichen Verschlechterung der unerwartete Todesfall vom 22. September 2016 in der Familie der Versicherten bezeichnet (IV-act. 127-2/14). Die vom Krankentaggeldversicherer beauftragte Psychiaterin Dr.med. AL.\_\_\_\_\_ B.\_\_\_\_\_ beurteilte diesen Todesfall eines Verwandten als "eine vorübergehende Krise"; aus medizinisch-theoretischer Sicht fänden sich keine Gründe, die gegen eine schrittweise Wiederaufnahme der Erwerbsarbeit sprechen würden; ab Mai 2017 bis August 2017 sei mit einem Beginn zu 50% und danach ab September 2017 mit einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Fremdakten 5-64/112).

**4.1.3** Dieser Einschätzung der erwähnten psychiatrischen Gutachterin pflichtete der Vertrauensarzt des Krankentaggeldversicherers, Dr.med. AM.\_\_\_\_\_, in einer Stellungnahme vom 28. Juni 2017 bei, indem er ausführte, eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ab Mai 2017 sei medizinisch gerechtfertigt und vertretbar sowie eine prognostische Steigerung der Arbeitsfähigkeit per September 2017 sei nachvollziehbar, ohne dass besonders auf den Medikamentenentzug zu drängen wäre (Fremdakten 5-32/112).

**4.2** Im Einklang damit steht auch, dass die Versicherte am 26. Mai 2017 gegenüber dem RAV folgende Erklärung abgab: "zu 50% arbeitsfähig & vermittelbar im Monat Mai 2017" (vgl. Fremdakten 4-120/189 unten). Analog deklarierte die Versicherte am 26. Juni 2017 gegenüber dem RAV "50% Arbeitsfähigkeit ab 01.05.2017 bis auf weiteres" (Fremdakten 4-117/179), derweil der behandelnde Psychiater im ärztlichen Zeugnis vom 28. Juni 2017 für den Juli 2017 eine Arbeits(un)fähigkeit von 50% bescheinigte (Fremdakten 4-104/189 und 4-101/189). Sodann beschaffte die Versicherte am 29. September 2017 eine vom behandelnden Psychiater Dr. F.\_\_\_\_\_ ausgestellte Bescheinigung, wonach sie (die Versicherte) ab 1. September 2017 zu 100% arbeitsfähig sei (Fremdakten 4-77/189). Diese Bescheinigung übermittelte die Versicherte am 3. Oktober 2017 an die Arbeitslosenversicherung (Fremdakten 4-78/189), womit sie aktiv den Standpunkt einnahm, ab dem genannten Zeitpunkt zu 100% arbeitsfähig zu sein.

**4.3** Für dieses Zwischenergebnis, wonach ab September 2017 von der gegenüber der Arbeitslosenversicherung deklarierten Arbeitsfähigkeit von 100% auszugehen ist, spricht zum einen auch, dass die am 11. Juli 2017 am Röntgeninstitut Schwyz sowie am 31. Juli 2017 am Röntgeninstitut ... durchgeführten MR-Untersuchungen unauffällig blieben (ohne nachweisbare relevante Veränderungen, vgl. IV-act. 177-7/10 und 177-9/10). Hinsichtlich des von Dr. ... AQ.\_\_\_\_\_ am 18. August 2017 festgestellten CIS (klinisch isoliertes Syn-

drom) verhält es sich so, dass diese neurologische Fachärztin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestierte (vgl. IV-act. 179-4ff./12 i.V.m. IV-act. 194-3/4 Ziff. 3.4 in fine "neurol. Einschränkungen bestehen nicht").

**4.4** Zum andern fällt massgeblich ins Gewicht, dass die Versicherte mehrfach die klaren Fragestellungen "Waren Sie arbeitsunfähig" (jeweils Ziffer 4) ausdrücklich mit "Nein" beantwortete (vgl. Fremdakten 4-81/189 betr. September 2017; 4-76/189 betr. Okt. 2017; 4-73/189 betr. Nov. 2017; 4-68/189 betr. anfangs Dezember 2017; 4-54/189 betr. Februar 2018; 4-51/189 betr. März 2018; 4-48/189; 4-48/189 betr. April 2018; 4-44/189 betr. Mai 2018; 4-39/189 betr. Juni 2018; 4-36/189 betr. Juli 2018; 4-24/189 betr. August 2018; 4-21/189 betr. September 2018; 4-17/189 betr. Oktober 2018; 4-14/189 betr. November 2018; 4-11/189 betr. Dezember 2018; 4-7/189 betr. Januar 2019; eine Ausnahme bzw. das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit betrifft die Zeit nach der Fussoperation vom 18. Dezember 2017, wonach die Versicherte selber am 25. Januar 2018 deklarierte, vom 18.12.2017 bis 16.1.2018 arbeitsunfähig gewesen zu sein, siehe Fremdakten 4-58/189 Ziff. 4).

**4.5** Unbehelflich ist in diesem Zusammenhang die Argumentation in der Beschwerde (S. 14), wonach sinngemäss die Versicherte der Meinung gewesen sei, sie müsse in den monatlichen ALV-Formularen angeben, "was die Krankentaggeldversicherung bzw. die IV-Stelle bezüglich ihrer Arbeitsfähigkeit entschieden habe". Einmal abgesehen davon, dass die Versicherte mehrfach (d.h. im Juli 2017, im August 2017 und im Januar 2018) in der Lage war, die Frage "Waren Sie arbeitsunfähig?" korrekt zu beantworten (Fremdakten 4-90/189, 4-86/189 und 4-58/189, jeweils Ziff. 4), findet die erwähnte Argumentation ("was die Krankentaggeldversicherung bzw. die IV-Stelle bezüglich ihrer Arbeitsfähigkeit entschieden habe") in den Akten keine Stütze, denn die Versicherte verneinte ab September 2017 mehrfach, dass sie eine Taggeldversicherung für den Krankheitsfall habe und dass sie Leistungen einer anderen in- oder ausländischen Sozialversicherung verlangt oder erhalten habe (vgl. Fremdakten 4-81/189, 4-76/189, 4-73/189, 4-68/189, je Ziff. 4 in fine und Ziff. 8). Nicht zu hören ist in diesem Zusammenhang der Einwand in der Eingabe vom 6. Januar 2021 (S. 3, Ziff. 6), wonach die Versicherte deshalb die betreffende Frage 8 ("Haben Sie Leistungen einer anderen in- oder ausländischen Sozialversicherung verlangt oder erhalten"... ) mit "Nein" beantwortet, weil sie sich nicht in der Lage sah, die betreffenden Kopien der Unterlagen und Abrechnungen einzureichen.

Die im Treuhandbereich ausgebildete Versicherte musste bei pflichtgemässer Aufmerksamkeit wissen, dass ihre unter Hinweis auf die Wahrheitspflicht gegenüber der Arbeitslosenversicherung abgegebenen Erklärungen zur eigenen

Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auch gegenüber der Invalidenversicherung gültig sind. Es geht jedenfalls nicht an, sich für den gleichen Zeitraum gegenüber der Arbeitslosenversicherung als arbeitsfähig und gegenüber der Invalidenversicherung als arbeitsunfähig zu bezeichnen. Ein solches widersprüchliches Verhalten kann keinen Rechtsschutz finden.

Im Übrigen hat die Versicherte ihre in Erwägung 4.4 aufgeführten Erklärungen, wonach sie sich selbst ab September 2017 als arbeitsfähig bezeichnete, nach der Aktenlage nicht damit verknüpft, dass sie sich auf die Vorleistungspflicht der Arbeitslosenversicherung (gemäss Art. 70 Abs. 2 lit. b ATSG) berufe, jedenfalls sind diesbezüglich den vorliegenden Akten keine relevanten Anhaltspunkte zu entnehmen, zumal die Versicherte in den entsprechenden ALV-Formularen ausdrücklich einen Leistungsanspruch gegenüber der IV verneinte (Fremdakten 4-81/189, 4-76/189, 4-73/189, 4-68/189, jeweils Ziff. 8).

**4.6** Nach dem Gesagten kann die Versicherte daraus, dass sie gegenüber der Arbeitslosenversicherung ab September 2017 regelmässig (bis auf die Rehabilitationsphase nach der Operation vom 18.12.2017 bis 16.1.18, vgl. Fremdakten 4-58/189 Ziff. 4) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit deklarierte (bzw. die Frage, ob sie arbeitsunfähig sei, uneingeschränkt verneinte) und dementsprechend (ohne Verweis auf die angesprochene Vorleistungspflicht) vorbehaltlos bis Januar 2019 Arbeitslosentaggelder bezog, hinsichtlich des im genannten Gerichtsentscheid I 2016 40 beurteilten IV-Rentenanspruchs hier keine rentenrelevante anhaltende Veränderung herleiten, zumal auch der behandelnde Psychiater am 29. September 2017 ab 1. September 2017 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bescheinigte (Fremdakten 4-77/189, welche er allerdings im Folgemonat wieder verneinte, vgl. IV-act. 179-9ff./12). Anzuführen ist, dass die Zeitdauer vom IV-Revisionsgesuch vom 16. Januar 2017 (und dem darin angesprochenen Todesfall vom 22.9.2016) bis zu den angesprochenen Arbeitsfähigkeitsdeklarationen (von 50% ab 1.5.2017 sowie von 100% ab 1.9.2017) die vom Gesetzgeber in Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG festgelegte und für einen Rentenanspruch vorausgesetzte Mindestdauer von einem Jahr (der Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40%) in casu nicht erreicht.

An diesem Ergebnis vermögen die weiteren Vorbringen der Versicherten, welche sich auf die Zeitdauer bis zum Ende des ALV-Anspruchs beziehen, nichts zu ändern (auch nicht die Ergänzungen in der Eingabe vom 6. Januar 2021). Dafür spricht namentlich auch, dass die Versicherte im genannten Zeitraum regelmässig Arbeitsbemühungen für eine Vollzeitstelle vornahm und zudem mehrfach erklärte, eine Stelle in Aussicht zu haben (vgl. Fremdakten 6-35/68 Mitte; 6-34/68 Mitte; 6-33/68 unterhalb der Mitte; 6-32/68 Mitte).

**5.** Aus all diesen Gründen ist festzuhalten, dass die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 14. Juli 2020 für die Zeitdauer bis zum Ende des ALV-Leistungsanspruchs (im Januar 2019) zu Recht einen Anspruch auf eine IV-Rente verneint hat.

**6.1** Etwas anders ist die Fragestellung zu beurteilen, ob der Versicherten nach dem Januar 2019 (als Ende des ALV-Leistungsanspruchs) ein Anspruch auf IV-Rentenleistungen zusteht oder nicht. Diesbezüglich ist hier zu berücksichtigen, dass der behandelnde Psychiater am 4. März 2019 (und mithin kurz nach Beendigung des ALV-Leistungsanspruchs) der IV-Stelle eine deutliche Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands der Versicherten meldete. Darin thematisierte Dr.med.univ. F. \_\_\_\_\_ unter anderem (IV-act. 223):

- dass die Versicherte täglich weine und kürzlich geäußert habe, es wäre ihr lieber gewesen, wenn sie beim Autounfall im Jahr 2006 ums Leben gekommen wäre;
- dass die Kieferoperation (vom 3.12.18) etwas Linderung in der Kiefergegend gebracht habe, jedoch die "alten Schmerzen unverändert" geblieben seien;
- dass am 6. März 2019 eine Botox-Spritze geplant sei (damit erhoffe man sich, dass der Muskel gelähmt werde und die Schmerzen danach erträglicher würden);
- dass nach der Botox-Spritze erneut ein ambulanter Medikamenten-Entzug von Opiaten und Benzodiazepinen geplant sei;
- dass die Versicherte aktuell mit folgenden Medikamenten behandelt werde:
  - o Tramadol 950 mg (gegen Schmerzen)
  - o Dafalgan 3-4 gr. (gegen Schmerzen)
  - o Trittico 100 bis 150 mg (gegen Depression)
  - o Temesta 3-4 mg (gegen Angst, Panik, Unruhe etc.)
  - o Quétiapine 50 mg (gegen Schlafstörungen)
  - o Dalmadorm 30-60 mg (gegen Schlafstörungen)
  - o Dormiplant 3-4 Stk. (gegen Schlafstörungen)
  - o Vesicare 5mg (Probleme mit Wasserlösen)
  - o Glatiramyil 20 ml. (CIS/MS Diagnose)
- dass mit dem Entzug am 7. März 2019 über Monate begonnen werde;
- dass nach einem erfolgreichen Entzug eine komplizierte Fussoperation anstehe;
- und dass die Versicherte in ihrem Zustand und mit diesen Medikamenten keinesfalls in der Lage sei, eine Arbeit aufzunehmen.

Nachdem in Anbetracht dieser umfangreichen Medikamentenliste, welche mit der am 4. März 2019 geltend gemachten Verschlechterung des Zustands vorgebracht wurde, weitere Abklärungen als geboten erscheinen, wie auch die RAD-Ärzte Dr.med. H. \_\_\_\_\_ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) und Dr.med. AN. \_\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) in ihren Stellungnahmen vom 21. März 2019 und vom 4. Juli 2019 argumentierten (vgl. IV-act. 225-10f./11), und zudem die Angaben der Versicherten aus den Fremddakten lediglich den Zeitraum bis Januar 2019 abde-

cken, rechtfertigt es sich insgesamt, für die Entwicklung des weiteren Verlaufs nach Januar 2019 die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit diesbezüglich die ursprünglich vorgesehene MEDAS-Begutachtung nachgeholt werden kann (inkl. Medikamentenspiegel hinsichtlich der tatsächlich eingenommenen Wirkstoffe).

**6.2** Für dieses Vorgehen spricht sodann, dass das Bundesgericht seine Rechtsprechung mit BGE 145 V 215 dahingehend geändert hat, dass künftig auch eine primäre Abhängigkeit von psychotropen Substanzen grundsätzlich als invalidisierender Gesundheitsschaden in Frage kommt, dessen Auswirkungen nach dem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu beurteilen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_309/2019 vom 7.11.2019 Erw. 4.1, publ. in SVR-Rechtsprechung 3/2020 IV Nr. 11; anzufügen ist, dass gemäss diesem Urteil eine Entzugsbehandlung grundsätzlich als Behandlungsmassnahme jederzeit zur Schadenminderung angeordnet werden kann; ferner wird in diesem Urteil darauf hingewiesen, dass eine allfällige Verletzung von Schadenminderungspflichten die Verwaltung nicht berechtigt, auf ein Leistungsersuchen nicht einzutreten, sondern allenfalls die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen zulässt).

**6.3** Zudem ist nach der Aktenlage unklar, wie es sich mit der Fragestellung verhält, ob eine MS-Erkrankung (bzw. Vorstufe davon) vorliegt oder nicht. Während PD Dr. Dr.med. AO. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 16. August 2018 an die Hausärztin Dr.med. AP. \_\_\_\_\_ festhielt "eine neurologische Abklärung konnte erfreulicherweise eine MS ausschliessen" (vgl. IV-act. 215-1/2, wobei allerdings die betreffende neurologische Abklärung nicht näher thematisiert wurde), erwähnte der behandelnde Psychiater bei der am 4. März 2019 gemeldeten Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands, dass die Versicherte weiterhin hinsichtlich der "CIS/MS Diagnose" Glatiramyl (20 ml) einnehme. Auch diesbezüglich besteht ein zusätzlicher Abklärungsbedarf.

**6.4** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die Sache zur Klärung des Verlaufs und der gesundheitlichen Situation der Versicherten *seit Januar 2019* bzw. zur Einholung des vom RAD-Arzt Dr.med. AN. \_\_\_\_\_ am 4. Juli 2019 empfohlenen interdisziplinären MEDAS-Gutachtens (IV-act. 225-11/11) an die IV-Stelle zurückgewiesen wird.

**6.5** Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten zu 3/5 der IV-Stelle und zu 2/5 der Beschwerdeführerin auferlegt. Auf ein Inkasso des Verfahrenskostenanteils der Beschwerdeführerin wird derzeit verzichtet, nachdem die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege erfüllt sind.

**6.6** Zudem hat die Beschwerdeführerin für ihr teilweises Obsiegen Anspruch auf eine (reduzierte) Parteientschädigung. Soweit sie unterliegt, wird ihr die unentgeltliche Verbeiständung gewährt.

**6.7** Für die Höhe des Honorars ist auf den kantonalen Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA, SRSZ 280.411) abzustellen, welcher in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht. Nach § 2 GebTRA ist die Vergütung nach der Wichtigkeit der Streitsache, ihrer Schwierigkeit, dem Umfang und der Art der Arbeitsleistung sowie dem notwendigen Zeitaufwand zu bemessen. Nach § 6 Abs. 1 GebTRA kann eine Partei eine spezifizierte Kostennote über ihre Tätigkeit einreichen; erscheint sie angemessen, ist sie der Festsetzung der Vergütung zugrunde zu legen, andernfalls wird die Vergütung nach pflichtgemäßem Ermessen festgesetzt. Von dieser Möglichkeit hat die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin in ihrer Eingabe vom 6. Januar 2021 Gebrauch gemacht. Die in der Honorarnote aufgeführten Arbeitsstunden (nahezu 20) erweisen sich unter Einbezug der umfangreichen Akten als grundsätzlich nicht übersetzt, weshalb das insgesamt eingeforderte Honorar von (geringfügig abgerundet) Fr. 3'900.-- zugesprochen werden kann. Davon sind 3/5 (bzw. Fr. 2'340.--) als (reduzierte) Parteientschädigung sowie 2/5 (Fr. 1'560.--) als unentgeltliche Verbeiständung zu gewähren.

**7.** Was die Rechtsmittelbelehrung anbelangt, drängen sich folgende Bemerkungen auf. Nachdem es sich vorliegend nicht um einen kantonalen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid handelt, welcher grundsätzlich nur unter den Voraussetzungen von Art. 93 BGG anfechtbar ist, erscheint es fraglich, ob der vorliegende Entscheid direkt mit einer Beschwerde ans Bundesgericht anfechtbar wäre. Um allen Eventualitäten gerecht zu werden, wird der vorliegende Entscheid dennoch mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen, wobei die Beschwerdeführerin daraus bei einem allfälligen Weiterzug nichts zu ihren Gunsten ableiten kann.

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

1. Die Beschwerde wird, soweit mit dem Revisionsgesuch vom 16. Januar 2017 für den Zeitraum bis zum Januar 2019 (= Beendigung des ALV-Leistungsanspruchs) eine IV-Rente beantragt wird, im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
2. Soweit es um einen (allfälligen) Leistungsanspruch ab Februar 2019 (im Zusammenhang mit der am 4. März 2019 vorgebrachten Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands der Beschwerdeführerin) geht, wird die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit sie nach Durchführung der ursprünglich geplanten MEDAS-Begutachtung neu darüber befinden kann.
3. Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr) in der Höhe von Fr. 500.-- zu 3/5 (Fr. 300.--) der IV-Stelle und zu 2/5 (Fr. 200.--) der Beschwerdeführerin auferlegt. Die Vorinstanz hat ihren Kostenanteil von Fr. 300.-- innert 30 Tagen seit Zustellung des Entscheids auf das Postkonto 60-22238-6 des Gerichts zu überweisen. Der Verfahrenskostenanteil der Beschwerdeführerin wird unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und unter Vorbehalt der Rückerstattungspflicht (siehe nachstehend Ziffer 6) einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.
4. Für das vorliegende teilweise Obsiegen wird der Beschwerdeführerin zu Lasten der Vorinstanz eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 2'340.-- zugesprochen.
5. Im Übrigen wird der Beschwerdeführerin für das teilweise Unterliegen im verwaltungsgerichtlichen Verfahren die unentgeltliche Verbeiständung gewährt und Rechtsanwältin MLaw D. \_\_\_\_\_ als unentgeltliche Rechtsbeiständin bestellt. Ihr ist zu Lasten des Verwaltungsgerichts ein reduziertes Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) von Fr. 1'560.-- zuzusprechen.
6. Die Beschwerdeführerin hat ihren Verfahrenskostenanteil von Fr. 200.-- und den Honoraranteil von Fr. 1'560.-- für die unentgeltliche Rechtsverbeiständung (Total Fr. 1'760.--) dem Gericht zurückzuerstatten, wenn sie dazu innert 10 Jahren seit Rechtskraft dieses Entscheides in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP).
7. 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 Bundes-

gesetzes über das Bundesgericht, BGG, SR 173.110; siehe aber auch die Ausführungen unter Erwägung Ziffer 7).

8. Zustellung an:

- die Vertreterin der Beschwerdeführerin (2/R)
- die Vorinstanz (R)
- und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 14. Januar 2021

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die a.o. Gerichtsschreiberin:

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

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

Versand: 25. Januar 2021