

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2021 11

## Entscheid vom 24. August 2021

---

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
Dr.iur. Vital Zehnder, Richter  
MLaw Stefanie Zlauwinen, a.o. Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,

**gegen**

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (geb. \_\_\_\_1965, Mutter von drei erwachsenen Kindern mit Jahrgang 19\_\_, 19\_\_ und 19\_\_, zum zweiten Mal verheiratet seit 22.2.2011) hat die obligatorische Volksschule in B.\_\_\_\_\_ absolviert. Eine begonnene Kochlehre hat sie nicht abgeschlossen. In der Folge übte sie diverse Beschäftigungen aus (u.a. als Serviceangestellte, in der Pflege von Familienangehörigen, von Februar 1999 bis Ende Juli 2018 als C.\_\_\_\_\_-Angestellte im D.\_\_\_\_\_, vgl. die Auflistung in UV-act. 3-32f./116).

**B.** Am 18. Dezember 2007 (= Eingangsdatum) hatte sich A.\_\_\_\_\_ bei der IV-Stelle zum Bezug von Leistungen angemeldet; die gesundheitlichen Beeinträchtigungen wurden mit "Brustkrebs" umschrieben (vgl. IV-act. 2). Die IV-Stelle erteilte Kostengutsprache für Brustprothesen links (IV-act. 8).

**C.** Eine weitere IV-Anmeldung traf am 30. März 2016 bei der IV-Stelle ein mit folgenden Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung: "verschiedene Leiden aktuell Knie" (IV-act. 14-5/7). Nach Abklärungen teilte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 17. Juni 2016 mit, es sei vorgesehen, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 32). Daran hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. August 2016 fest (IV-act. 33).

**D.** Am 15. Juli 2019 unterzeichnete A.\_\_\_\_\_ eine weitere Anmeldung für IV-Leistungen, wobei sie die folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufführte: Diverse Leiden, beide Knie operiert, Brustkrebs, Schulterverletzung (Unfall vom 16.10.2018) sowie Leberwerte nicht normal (Abklärungen pendent, vgl. IV-act. 39).

Nach einer Beurteilung der medizinischen Unterlagen durch die RAD-Ärztin E.\_\_\_\_\_ (Allgem. Innere Medizin FMH, vgl. IV-act. 53) forderte die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ am 20. April 2020 auf, im Rahmen der Mitwirkungspflicht eine Behandlung an einem Adipositaszentrum sowie eine Gewichtsreduktion vorzunehmen (IV-act. 55). Eine weitere Beurteilung des Verlaufs durch die gleiche RAD-Ärztin erfolgte am 14. Juli 2020 (IV-act. 64). Am 18. August 2020 wurde noch eine Haushaltabklärung vorgenommen (IV-act. 66). Mit Vorbescheid vom 27. August 2020 kündigte die IV-Stelle an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 68). Dagegen liess A.\_\_\_\_\_ am 23. September 2020 einen vorsorglichen Einwand erheben (IV-act. 73). Innert bis 2. Januar 2021 erstreckter Frist erfolgten keine ergänzenden Ausführungen (IV-act. 77).

**E.** Am 12. Januar 2021 verfügte die IV-Stelle, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 78).

Gegen diese am 15. Januar 2021 eingegangene Verfügung reichte A. \_\_\_\_\_ rechtzeitig am 15. Februar 2021 beim Verwaltungsgericht Beschwerde ein mit den folgenden Anträgen:

1. Es sei die Verfügung aufzuheben.
2. Es sei der Beschwerdeführerin eine Rente zuzusprechen.
3. Eventualiter seien Eingliederungsmassnahmen zu ergreifen.
4. Eventualiter sei der Fall der Beschwerdegegnerin zur Neubeurteilung oder weiteren medizinischen Abklärungen zurückzuweisen.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Vernehmlassung vom 10. März 2021 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zulasten der Beschwerdeführerin.

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

**1.1** Nach Art. 4 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG; SR 831.20) in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

Die versicherte Person hat nach Art. 28 Abs. 2 IVG

- Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent,
- Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent,
- Anspruch auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent,
- und Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid ist.

**1.2** Um den Invaliditätsgrad im Einzelfall festzulegen, werden in der Invalidenversicherung unterschiedliche Bemessungsmethoden verwendet.

**1.2.1** Die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs kommt grundsätzlich bei allen Vollerwerbstätigen zur Anwendung sowie bei Teilerwerbstätigen, welche daneben nicht auch noch in einem Aufgabenbereich tätig sind. Der Invaliditätsgrad wird hier durch die Gegenüberstellung der zumutbaren Erwerbseinkommen ohne und mit Gesundheitsschaden ermittelt (Ralph Leuenberger/ Gisella Mauro, Invalidenversicherung, Änderungen bei der gemischten Methode, in: Soziale Sicherheit/ CHSS 1/2018, S. 40f.). Hier bestimmt sich der Invaliditätsgrad gemäss

Art. 28a Abs.1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG, wonach zur Ermittlung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt wird, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Es ist für diese Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht. Vielmehr ist hier die Invalidität auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (Meyer/ Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. A., Art. 28a N 27).

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

**1.2.2** Die gemischte Methode betrifft Personen, die einem Teilerwerb nachgehen, d.h. nicht auf die im betreffenden Beruf übliche Arbeitszeit kommen, und zusätzlich noch in einem Aufgabenbereich beschäftigt sind. Der Invaliditätsgrad wird für die Erwerbstätigkeit (wie bereits erwähnt) nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs ermittelt, der Invaliditätsgrad für die Tätigkeit im Aufgabenbereich nach der spezifischen Methode des Betätigungsvergleichs (vgl. Art. 28a Abs. 3 IVG). Die spezifische Methode des Betätigungsvergleichs betrifft nach Art. 28a Abs. 2 IVG Personen, die keine Erwerbstätigkeit ausüben und sich in einem Aufgabenbereich wie dem Haushalt betätigen. Der Invaliditätsgrad wird bei einer Abklärung vor Ort durch die Gegenüberstellung der ohne und mit Gesundheitsschaden ausgeübten bzw. möglichen Tätigkeiten im Aufgabenbereich festgelegt (vgl. Leuenberger/ Mauro, a.a.O., S. 41).

**1.2.3** Für die Bemessung des Invaliditätsgrads werden bei der gemischten Methode der Erwerbsteil und der Aufgabenbereich zunächst separat betrachtet. Für den Erwerbsteil wird die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs angewendet (vgl. Erw. 1.2.1). Dabei wird zunächst die Einkommenseinbusse berechnet, d.h. es wird das Einkommen, welches die versicherte Person zumutbarerweise mit dem Gesundheitsschaden noch erzielen kann (Invalideneinkom-

men), vom Einkommen, welches die versicherte Person ohne Gesundheitsschaden erzielen konnte (Valideneinkommen), abgezogen. Danach wird die Einbusse als Anteil des Valideneinkommens in Prozenten ausgewiesen. Der so erhaltene Invaliditätsgrad aus dem Erwerbsteil wird mit dem Anteil der Erwerbstätigkeit (Pensum, welche von der Versicherten ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgeübt würde) multipliziert, um den gewichteten Invaliditätsgrad zu erhalten.

Im erwerblichen Bereich wurde bei Anwendung der gemischten Methode als Valideneinkommen früher berücksichtigt, was die versicherte Person im Gesundheitsfall aus ihrer Teilerwerbstätigkeit erzielen würde (vgl. u.a. BGE 125 V 146 Erw. 2b S. 150; Ueli Kieser, Gemischte Methode - ein Blick auf die bisherige Rechtsprechung, HAVE 4/2016 S. 471 ff., S. 474). Seit dem 1. Januar 2018 bestimmt Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 3 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201), dass sich die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, nach Art. 16 ATSG richtet, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_690/2019 vom 20.1.2020 Erw. 2.2).

Die Invalidität in Bezug auf den Aufgabenbereich wird durch einen Betätigungsvergleich bestimmt. Die ermittelte Invalidität wird sodann mit dem Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich (also dem verbleibenden Pensum, wenn der Anteil der Erwerbstätigkeit von 100 abgezogen wird) multipliziert. Daraus ergibt sich der gewichtete Invaliditätsgrad im Aufgabenbereich.

Der gesamte Invaliditätsgrad ergibt sich letztlich durch Addition der in beiden Bereichen berechneten und gewichteten Teilinvaliditäten (vgl. Leuenberger/Mauro, a.a.O., S. 41f.; Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. a und b IVV).

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

**1.4.1** Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch

andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 Erw. 4).

**1.4.2** In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; 122 V 157 Erw. 1c).

**1.4.3** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist mithin entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a).

**1.4.4** Es können auch reine Aktenberichte beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_138/2021 vom 12.4.2021 Erw. 3.2.1 mit Verweis auf das Urteil 8C\_224/2020 vom 13.5.2020 Erw. 4.3). Sodann ist auch dem Umstand Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und behandelnde Ärzte infolge des besonderen Vertrauensverhältnisses im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihres Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 Erw. 3b/cc S. 353).

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

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

**2.** Im vorliegenden Fall ist unbestritten, dass ein allfälliger Rentenanspruch nach der gemischten Methode zu ermitteln ist. Gemäss der am 18. August 2020 erfolgten Haushaltabklärung lebt die Versicherte mit ihrem Ehemann und dem jüngsten Sohn in einem 3-Personenhaushalt. Sie erklärte gegenüber der Abklärungsperson sinngemäss, dass sie (abgesehen von der Haushaltsführung) ohne gesundheitliche Probleme weiterhin ihr 70%-Pensum bei der C.\_\_\_\_\_ beibehalten hätte bzw. dass sie eine Erwerbsarbeit bis zu 70% ausüben würde (IV-act. 66). Diese Angaben hatten zur Folge, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung den massgebenden IV-Grad nach der gemischten Methode auf der Basis einer Erwerbstätigkeit von 70% und einem Haushaltanteil von 30% ermittelt hat. Diese Ausgangslage wird in der vorliegenden Beschwerde auch nicht ansatzweise in Frage gestellt, weshalb kein Anlass besteht, davon abzuweichen.

**3.** Was die gesundheitliche Situation der Versicherten anbelangt, sind den vorliegenden Akten u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben zu entnehmen.

**3.1** Nach der erneuten IV-Anmeldung vom 15. Juli 2019 holte die IV-Stelle Berichte der behandelnden Ärzte ein. Einem Bericht von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ (Co-Chefarzt Orthopädie, G.\_\_\_\_\_) vom 13. August 2019 ist zu entnehmen, dass die Versicherte am 16. Oktober 2018 beim Hinuntertragen von Karton auf der Treppe gestürzt war und seitlich auf die rechte Schulter zu liegen kam. Am 9. November 2018 erfolgte eine Rotatorenmanschettenrefixation sowie eine Schulterarthroskopie mit subacromialer Dekompression und Coplaning des AC-Gelenkes (IV-act. 44-8/10 i.V.m. IV-act. 44-2/10 unten). Aufgrund eines protrahierten Verlaufs hielt sich die Versicherte vom 18. Februar bis 10. März 2019 für eine stationäre Rehabilitation im Spital H.\_\_\_\_\_ auf. Im Austrittsbericht erwähnte Dr.med. I.\_\_\_\_\_ einen günstigen Verlauf mit deutlich verbesserter Schulterbeweglichkeit, so dass eine Arbeitsfähigkeit von 50% spätestens anfangs April 2019 möglich sein sollte (IV-act. 44-10/10). Am 13. August 2019 berichtete Dr.med. F.\_\_\_\_\_ der IV-Stelle von einem Zustand nach Schulterarthroskopie mit subacromialer Dekompression und Rotatorenmanschettenrefixation rechts; es liege ein erfreulicher Verlauf vor, die Versicherte könne ihren Arm wieder weitgehend normal einsetzen (IV-act. 44-2f./10). Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit wurde als "aktuell gut" umschrieben (IV-act. 44-4/10 oben).

**3.2** Der Hausarzt Dr.med. J. \_\_\_\_\_ (Allgemeinmedizin FMH, H. \_\_\_\_\_) erstattete am 14. August 2019 einen Bericht mit folgenden Diagnosen (IV-act. 43-3/6):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Adipositas per magna
  - BMI 48
- Gonarthrosen bds.
  - St.n. Knie-TP links 11/15, St.n. Knie-TP rechts 12/09
- Obstruktives Schlafapnoesyndrom
  - Intoleranz auf CPAP Maske
  - Vermehrte Müdigkeit tagsüber

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Hypothyreose Hashimoto
- Arterielle Hypertonie
- Unterschenkelödeme bds., gemischter Ätiologie
- Gastroösophagealer Reflux
- Sonnenallergie

Des Weiteren führte der Hausarzt aus, die Versicherte leide in erster Linie an einer eingeschränkten Mobilität und Beweglichkeit aufgrund einer morbidem Adipositas, welche sie in ihrer Leistungsfähigkeit stark einschränke. Die Adipositas führe auch zu einem verfrühten Verschleiss der Gelenke und einer deutlich eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit. Die Versicherte sei in einer angepassten Arbeit arbeitsfähig und motiviert (vgl. IV-act. 43-3/6, Ziff. 2.2 und 2.7). Körperliche Arbeit sei mit Einschränkungen möglich. Die eingeschränkte Beweglichkeit und Mobilität sowie ihre orthopädischen Probleme im Bereich beider Kniegelenke und der rechten Schulter würden die Versicherte bei Tätigkeiten stark einschränken, welche diese Fähigkeiten benötigen. Es bestehe eine Kraftminderung und eine verminderte Beweglichkeit der rechten Schulter; starke Einschränkungen bestünden aktuell bei Überkopfarbeiten (IV-act. 43-4/6).

**3.3** Beim Abklärungsgespräch vom 19. August 2019 führte die Versicherte u.a. aus, sie sei auf der Suche nach einer geeigneten Stelle zu 70% bis 80%, und zwar in den Bereichen Verkauf/ Reinigung/ Hauswirtschaft/ Service/ Pflege; gerne würde sie einen SRK-Kurs absolvieren, zumal sie vor Jahren ihre Eltern und ihre Schwester gepflegt habe; am kommenden Freitag habe sie ein Vorstellungsgespräch in einem Altersheim. Sie leide bei der Schulter noch immer an Schmerzen, vor allem seit sie die Schulter wieder belaste; das linke Knie schmerze auch immer wieder und es schwellen an; Treppensteigen bereite ihr Mühe; bei wechselbelastenden Arbeiten gehe es besser, nur das Sitzen bereite ihr ebenfalls Mühe (IV-act. 50-2/6).

**3.4** Am 10. März 2020 berichtete der Hausarzt der IV-Stelle von einem stationären Verlauf; die Diagnosen hätten sich nicht verändert. Im Vergleich zum Vorbericht vom 14. August 2019 stelle sich die gesundheitliche Situation im Wesentlichen als unverändert dar. Die Haupteinschränkung sei im massiven Übergewicht (BMI um 50) zu erblicken. Daneben leide die Versicherte an einem obstruktiven Schlafapnoesyndrom, welches zu einer vermehrten Tagesmüdigkeit führe, da die Versicherte die empfohlene Therapie mittels CPAP-Marke nicht toleriere. Erschwerend würden sich die Krankheiten und erfolgten Operationen am Bewegungsapparat (St.n. Knieprothesenimplantation links und rechts sowie St.n. Operation einer Rotatorenmanschettenruptur rechts) bei körperlich anstrengenden Tätigkeiten auswirken. Die Versicherte sei seit der letzten Berichterstattung auf Stellensuche (IV-act. 51).

**3.5** Die RAD-Ärztin E. \_\_\_\_\_ (Allgem. Innere Medizin FMH) gelangte am 20. April 2020 nach Prüfung der medizinischen Aktenlage u.a. zum Ergebnis, dass aus medizinischer Sicht annähernd sämtliche, die Versicherte in ihrer Arbeitsfähigkeit limitierenden gesundheitlichen Einschränkungen im Zusammenhang mit der massiven morbiden Adipositas zu sehen seien. Dieses Krankheitsbild sei bislang keiner leitliniengerechten Behandlung zugeführt worden. Primär sollte die Versicherte im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht an ein Adipositaszentrum eingebunden werden. Zudem sollten hinsichtlich der noch bestehenden orthopädischen Beschwerdesymptomatik eine orthopädische ambulante Behandlung und physiotherapeutische Massnahme erfolgen; auch fehlten Berichte zur Schlafapnoeabklärung und Schlafapnoetherapie; Maskenintoleranzen seien häufig und könnten oft mit entsprechenden Therapieanpassungen behoben werden (IV-act. 53).

**3.6** Auf die anschliessenden Fragen antwortete der Hausarzt am 22. April 2020 dahingehend, dass aktuell keine orthopädischen oder physiotherapeutischen Abklärungen oder Behandlungen geplant seien. Was die Thematik der Schlafapnoe angeht, verwies der Hausarzt auf einen Bericht von Dr.med. K. \_\_\_\_\_ (Leitender Arzt Pneumologie, Spital H. \_\_\_\_\_) vom 18. Oktober 2016, wonach ein ausgeprägtes habituelles Schnarchen vorliegen würde, ohne Hinweise für ein obstruktives Schlafapnoesyndrom bei Status nach abgebrochenem CPAP-Therapieversuch 2013 und Verdacht auf ein leichtgradig obstruktives Schlafapnoesyndrom (IV-act. 59-1/6 und 59-2/6).

**3.7.1** Anlässlich eines Telefongesprächs vom 9. Juni 2020 berichtete die Versicherte dem zuständigen Mitarbeiter der IV-Stelle, dass sie zweimal in der Stoffwechselpraxis vorstellig geworden sei; offenbar gebe es nicht viele Möglichkeit

für die Gewichtsreduktion. Derzeit werde eine Behandlung mit Insulin vorgenommen. Zudem machte die Versicherte geltend, dass sie sich laufend bewerbe; aktuell habe sie eine Praktikumsstelle bei der L. \_\_\_\_\_ (Verpflegungsmitarbeiterin im Pensum 50% bis 60%, IV-act. 60).

**3.7.2** Dr.med. M. \_\_\_\_\_ (Fachärztin FMH Anästhesiologie, Allgem. Innere Medizin) und Dr.med. N. \_\_\_\_\_ (Adipositaspezialistin) von der O. \_\_\_\_\_ stellten im Bericht an den Hausarzt vom 15. Juni 2020 folgende Diagnosen (IV-act. 62-1/10):

Adipositas Grad III (nach WHO, EOSS Stadium 2)

- Ausgangsgewicht 148,6 kg, Grösse 176 cm, BMI 48.0 kg/m<sup>2</sup> 28.05.2020
- klinisch und laborchemisch keine Hinweise für eine sekundäre Adipositas
- metabolisches Syndrom: Insulinresistenz, Dyslipidämie AGLA 3%, abdominelle Adipositas
- asymptomatische Hyperurikämie (nicht therapiert)
- klinischer Vd.a. OSAS (nicht therapiert) (...)
- Hepatopathie Vd.a. NAFLD/NASH
- Arthrose/-n (nicht therapiert)
  - o Gonalgie, Gonarthrosen
- Gastroösophagealer Reflux
- Hypovitaminose D unter angeblicher Substitution (...)
- Weitere signifikante Vitamin- oder Mineralstoffmängel (...)
- Esstyp: SMALL-Eater

Ernährungstherapeutische Diagnosen nach NCP:

- Unausgewogene Essgewohnheiten
- Unzureichende Proteinaufnahme
- Unzureichende Flüssigkeitsaufnahme

Zudem wurden weitere, bereits bekannte Diagnosen als Nebendiagnosen aufgeführt (vgl. IV-at. 62-2/10 oben).

Des Weiteren führten die Fachärztinnen u.a. aus, die Versicherte werde im Alltag aufgrund des Gewichtes vor allem im Beruf diskriminiert. Die intrinsische Motivation sei hoch und die Versicherte verfüge über ausreichend zeitliche, psychische und physische Ressourcen, um eine Gewichtsreduktion erfolgreich zu beginnen. Bislang seien 8 Monate Gewichtsreduktionsversuche unternommen worden, wobei das Gewicht reduziert worden sei; leider habe das abgenommene Gewicht "im Rahmen des Jojo-Effektes nur kurzfristig gehalten" werden können (IV-act. 62-2/10). Die Versicherte wünsche, das Gewicht mit Ernährungsumstellung und Bewegung, allenfalls auch mit medikamentöser Unterstützung zu kontrollieren und herabzusetzen (IV-act. 62-3/10 oben). Demgegenüber empfahlen die erwähnten Fachärztinnen ein operative Verfahren (IV-act. 62-3/10 oberhalb der Mitte), was sich die Versicherte derzeit nicht vorstellen könne (IV-act. 62-4/10 Mitte).

**3.8** In einer Würdigung der medizinischen Aktenlage vom 14. Juli 2020 beantwortete die RAD-Ärztin E. \_\_\_\_\_ Fragen der IV-Stelle u.a. wie folgt (IV-act. 64):

*Genügen die Unterlagen für eine abschliessende medizinische Beurteilung?*

Ja, eine erneute Nachfrage beim Hausarzt ergab nach AB vom 22.04.20, dass zurzeit keine weiteren orthopädischen oder physiotherapeutischen Abklärungen oder Behandlungen geplant sind.

*Wenn ja, Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die ehemals angestammte Tätigkeit (Verkäuferin) und eine behinderungsangepasste Tätigkeit? Ergonomische Anforderungen für adaptierte Tätigkeiten?*

Die körperlichen Beschwerden verursachen keinen höhergradigen Leidensdruck, der zur Inanspruchnahme von Facharztbehandlungen oder medizinischen Therapien führt. Nach Anamnesebogen der Stoffwechselklinik vom 15.06.20 S. 8 werden bis auf Kniegelenksbeschwerden bei bekannter Gonarthrose keine weiteren Einschränkungen des Bewegungsapparates genannt und auch keine psychischen Einschränkungen. Die Versicherte führt nach Evaluation des aktuellen Bewegungsverhaltens (S. 9 des AB der Stoffwechselklinik) leichte bis harte Tätigkeiten durch.

Eine dem ergonomischen Profil der Versicherten angepasste Tätigkeit ist der Versicherten demnach in einem 100%igen Pensum zumutbar.

*Ergonomisches Profil:*

Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten im Wechselrhythmus. Keine schweren, sowie ausschliesslich mittelschweren Tätigkeiten, keine Arbeiten mit ständigem Stehen und Gehen, mit Heben, Tragen sowie Bewegen von Lasten über 10-15 kg, in Hoch- oder Bückstellung, im Knien auf unebenem Gelände, kein Besteigen von Leitern und Gerüsten, kein häufiges Treppensteigen, keine Kälte-, Nässe- und Zugluftexposition.

**4.1** Dass die Vorinstanz ausgehend von den aktenkundigen Diagnosen diese vorstehend dargelegte Arbeitsfähigkeitsbeurteilung in der angefochtenen Verfügung als für einen Rentenanspruch massgebende Beurteilungsgrundlage übernommen hat, ist im vorliegenden Fall nicht zu beanstanden. Dies gilt erst recht, als auch die behandelnden Ärzte grundsätzlich von einer erhaltenen Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten ausgehen, wie die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (S. 2, Ziff. 2) überzeugend dargelegt hat. Anzuführen ist, dass die Versicherte rund zwei Monate nach der erneuten IV-Anmeldung (v. 15.7.2019) sich selbständig für eine Stelle als Pflegehelferin beim P. \_\_\_\_\_ (im Umfange von 80% oder mehr) beworben hat und damit zum Ausdruck brachte, dass sie sich dafür als hinreichend arbeitsfähig erachtete (vgl. IV-act. 47).

**4.2** Was die von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit November 2020 und die in diesem Zusammenhang mit der Beschwerde eingereichten Unterlagen anbelangt, drängen sich die nachfolgenden Bemerkungen auf:

**4.2.1** Vom 2. Januar 2021 bis zum 7. Januar 2021 hielt sich die Versicherte im Spital H. \_\_\_\_\_ auf. Im Austrittsbericht stellten Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ (Leitender Arzt Innere Medizin) und Dr.med.univ. R. \_\_\_\_\_ (Assistenzärztin) folgende Diagnosen:

1. Hypertensive Entgleisung
2. St.n. mehrmaligen Synkopen unklarer Genese mit banalen Verletzungen
  - 02.01.21 - 03.01.21 Telemetrie: unauffällig
3. Unkomplizierter Harnwegsinfekt
  - 02.01.2021 Urinstatus: Leukozyturie, Bakteriurie
4. Diabetes mellitus Typ 2 (ED 12/2021 [recte wohl 2020])
  - Aktuell unter Forxiga
  - 02.01.2021 HbA1c 8.4%
5. Hypercholesterinämie und Hypertriglyceridämie
  - 01/2021 LDL 4.1 mmol/l, Triglyceride 6.2 mmol/l
6. Nicht alkoholische Steatohepatitis (ED unklar)
  - Vom HA diagnostiziert bei Leberwerterhöhung
  - Hepatis-Serologie von ihm abgenommen
7. Obstruktiver Schlafapnoesyndrom, AHI 14/h
  - Abbruch der Behandlung bei Malcompliance
  - Aktuell: Unklare Dyspnoeattacke
8. Hypothyreose
  - Aktuell: TSH 28 mU/l
  - St.n. Hashimoto-Thyreoiditis
9. Gastroösophageale Refluxkrankheit
10. Adipositas per magna, BMI 39.8
11. St.na. Mamma-Ca, ED: 1984
  - St.n. Ablatio links
  - St.n. Implantat-Einsetzung und Implantat-Entfernung beidseits

Zudem führten diese Spitalärzte u.a. sinngemäss aus, die Versicherte habe selber die Notfallstation bei hypertensiver Entgleisung und Blut im Urin aufgesucht; sie habe das Gefühl gehabt, dass etwas nicht stimme. Sie habe den Blutdruck gemessen (180/132 mmHg) und trotz Notfallmedikament (Indapamid) sei der Blutdruck weiterhin hoch gewesen. Vor 10 Tagen sei sie auf der Strasse ohne Prodromi bewusstlos geworden, worauf sie beim Hausarzt gewesen sei, welcher keine Ursache gefunden habe.

Im Austrittsbericht wurde die Beurteilung u.a. wie folgt zusammengefasst:

Auf dem Notfall präsentierte sich eine hypertone, kardiopulmonal stabile Patientin in gutem Allgemeinzustand und adipösem Ernährungszustand. Die körperliche Untersuchung erbrachte sonst keine pathologischen Befunde. Laborchemisch analysierten wir erhöhte Entzündungsparameter. Im Urin zeigte sich eine Bakteriurie und eine Leukozyturie. Durch die Gabe von 10 mg Norvasc und durch ein Nitropflaster konnte der Blutdruck bereits gesenkt werden. Die Patientin wurde zur weiteren Behandlung stationär aufgenommen.

Ad 1) Eine antihypertensive Therapie wurde mit Norvasc 5 mg ausgebaut.

Ad 2) Zur weiteren Abklärung der unklaren Synkopen wurde eine Telemetrie durchgeführt. Diese zeigte keine Pathologien. Da diese Synkopen seit 1.5 Jahr immer wieder auftreten, ohne jegliche Auslöser, auch in Sitz- und Liegeposition, wurde eine weitere kardiologische Abklärung geplant. Bei Austritt wurde der Patientin ein Holter-EKG mitgegeben, sollte diese Langzeit-EKG keine Auffälligkeiten zeigen, wird eine Implantation eines Loop Recorders erwogen.

Ad 3) Bei unkompliziertem Harnwegsinfekt wurde eine antibiotische Therapie mit Furantadin für 5 Tage verabreicht.

Ad 4) Bei erhöhten Blutzucker-Nüchternwerten und einem HbA1c von 8.4% wurde die Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 2 gestellt. (...)

Ad 5) Die bei Austritt noch bestimmten Lipide zeigten eine Hypercholesterinämie und Hypertriglyceridämie. Die Einleitung einer Statintherapie über den Hausarzt wird empfohlen.

Ad 6) Die initial erhöhten Leberparameter normalisierten sich im Verlauf. (...)

Ad 8) Bei insuffizient substituierter Hypothyreose erhöhten wir die aktuelle Dosis.

Ad 9) Aufgrund von der Patientin beschriebenen Sodbrennen und bereits erhaltener PPI-Therapie wurde diese wieder eingeleitet.

Abschliessend wurde im erwähnten Austrittsbericht festgehalten, dass die Versicherte am 7. Januar 2021 in gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden konnte.

**4.2.2** Sodann liess sich die Versicherte seit dem 6. Oktober 2020 wegen eines Zervikalsyndroms im Spital H.\_\_\_\_\_ ambulant physiotherapeutisch behandeln. Die betreffende Physiotherapeutin S.\_\_\_\_\_ berichtete am 12. Februar 2021, das Hauptproblem der Versicherten seien persistierende Schmerzen im Schulter-Nackengebiet. Die Schmerzen seien konstant vorhanden (maximal links 6-7/10 und rechts 8-9/10 auf der Numeric Rating Scale NR5). Seit einem Sturz im Dezember 2020 schmerze zudem immer wieder das linke Knie.

**4.2.3** Der Hausarzt wiederholte in seinem Bericht vom 15. Februar 2021 die bereits bekannten Diagnosen, ohne aber eine die HWS betreffende Diagnose zu stellen. Zusätzlich führte er aus, die Versicherte sei auf dem Arbeitsmarkt aufgrund ihres Übergewichts schlecht vermittelbar. Eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit resultiere aufgrund einer Befindlichkeitsstörung nach Spitalbehandlung wegen hypertensiver Entgleisung. Daneben sei sie wegen Nackenbeschwerden in physiotherapeutischer Behandlung.

**4.3** Nachdem der Hausarzt selber im Kontext mit den jüngsten Berichten (siehe Erw. 4.2.1 und 4.2.2) von einer lediglich vorübergehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgeht (Erw. 4.2.3), bleibt es dabei, dass für angepasste Tätigkeiten, welche das geschilderte ergonomische Profil einhalten (siehe Erw.3.8),

keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu veranschlagen ist, ohne dass eine zusätzliche medizinische Abklärung geboten wäre. Im Rahmen einer zulässigen antizipierten Beweiswürdigung ist nach der vorliegenden Aktenlage nicht mit wesentlichen neuen Erkenntnissen durch weitere Arztberichte zu rechnen.

**4.4.1** Nach dem Gesagten resultiert keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten, welche dem konkret umschriebenen ergonomischen Profil entsprechen. Dies hat grundsätzlich für den Erwerbsbereich keinen Teilinvaliditätsgrad zur Folge (siehe aber auch nachfolgend, Erw. 4.5).

**4.4.2** Nachdem auch im Aufgabenbereich (Haushalt) keine anzurechnenden Einschränkungen ermittelt wurden (vgl. IV-act. 66) und die Beschwerdeführerin dieses im Haushaltabklärungsbericht enthaltene Ergebnis vor Gericht weder ansatzweise, noch substantiiert in Frage gestellt hat, kann für diesen Haushaltsbereich kein Teilinvaliditätsgrad angerechnet werden. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Schadenminderungspflicht eine gewisse Mithilfe des (wesentlich jüngeren) Ehemannes sowie des im gleichen Haushalt lebenden Sohnes angerechnet werden kann und praxisgemäss auch angerechnet wird, namentlich für bestimmte Tätigkeiten, welche für die Versicherte ungünstig sind, wie beispielsweise das Tragen von schwereren Lasten (etc.).

**4.5** Und selbst dann, wenn (entgegen den vorstehenden Erwägungen) für den Erwerbsbereich (70%) in Anbetracht der vorgebrachten Verschlechterung des Gesundheitszustands seit November 2020 (und mithin rund 2 Monate vor Erlass der angefochtenen Verfügung) eine gewisse (andauernde) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch für angepasste, dem ergonomischen Profil entsprechende Tätigkeiten zu bejahen wäre (was wie erwähnt nicht zutrifft), bliebe es dabei, dass kein rentenbegründender IV-Grad bejaht werden könnte. Dies kann anhand eines Beispiels erläutert werden. Würde man beispielsweise eine Einschränkung von 50% auch für dem Gesundheitszustand der Versicherten adaptierte Tätigkeiten annehmen (was offenkundig als zu hoch zu veranschlagen wäre), würde (bei einem vergleichbaren Hilfsarbeiterinneneinkommen als Valide bzw. als Invalide) ein Teilinvaliditätsgrad von 35% ( $50 \times 0.70$ ) für den Erwerbsbereich (70%) resultieren, was zusammen mit dem Teilinvaliditätsgrad für den Hausbereich (0%) weiterhin unter der rentenbegründenden Schwelle von 40% zu liegen käme.

**5.** Soweit mit der Beschwerde eine Eingliederungsmassnahme beantragt wird, hat die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (Ziff. 9) nachvollziehbar dargelegt, weshalb im konkreten Fall kein Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes besteht. Es geht hier nicht darum, dass

die Versicherte wegen ihrer gesundheitlichen Einschränkungen nicht selber in der Lage wäre, auf dem ihr offenstehenden allgemeinen Arbeitsmarkt eine ihrem ergonomischen Profil angepasste Arbeit zu finden (siehe v.a. auch IV-act. 47). Beizupflichten ist der Argumentation der Vorinstanz, wonach Übergewicht als grundsätzlich IV-fremder Faktor keinen Anspruch auf Arbeitsvermittlung durch die Invalidenversicherung zu begründen vermag. Schliesslich ist auch kein Anspruch auf Umschulung gegeben, nachdem die in wenigen Monaten 56-jährige Versicherte keine berufliche Ausbildung abgeschlossen hat und in der Vergangenheit jeweils einfache, angelernte Arbeiten (im Gastgewerbe und v.a. bei einem Grossverteiler) ausgeübt hat.

**6.** Aus diesen dargelegten Gründen erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abgewiesen wird.

Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie hat einen Kostenvorschuss in gleicher Höhe bezahlt, so dass die Rechnung ausgeglichen ist.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).  
  
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde\* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
4. Zustellung an:
  - die Beschwerdeführerin (R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherung, Bern (A).

Schwyz, 24. August 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: 3. September 2021

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

