

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2021 12

Entscheid vom 9. Juni 2021

Besetzung

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

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwältin Dr.phil., lic.iur. B. _____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. ____1967, verheiratet, Schweizer Bürgerin seit 2005, Mutter von 4 Töchtern und eines Sohnes, Jg. 19__ bis 19__) arbeitete von 1985 bis April 1989 in der C._____ und dann für eine Grossmetzgerei (IV-act. 13). Am 22. April 2013 erlitt sie eine Schulterverletzung mit Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 16-5/6). Am 10. Oktober 2013 ging bei der IV-Stelle eine Anmeldung für IV-Leistungen ein; die Gesundheitsprobleme wurden mit "rechte Schulter Sehnenrisse Operation" umschrieben (IV-act. 1-5/6).

B. In der Folge konnte A._____ ab 7. Januar 2014 die angestammte Arbeit zu 50% aufnehmen; nachdem Schmerzen (Schulter/ Hüfte) auftraten, beendete die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis per 30. April 2014 (IV-act. 16-5/6). Eine ursprünglich beim D._____ vorgesehene Begutachtung konnte nicht durchgeführt werden, weil am 22. September 2014 eine Schulteroperation stattfand (IV-act. 27 und 28).

C. Im weiteren Verlauf regte der RAD-Arzt Dr.med. E._____ die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens an (IV-act. 43-5/5). Der Begutachtungsauftrag wurde der F._____ zugestimmt (IV-act. 47). Das entsprechende Gutachten vom 2. Dezember 2016 ging am 5. Dezember 2016 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 53).

Mit Vorbescheid vom 23. Februar 2017 kündigte die IV-Stelle an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 57). Nach Einwänden (IV-act. 58, 64) wurde in der Eingabe vom 16. Mai 2017 auf eine aktuelle Konsultation in der G._____ verwiesen (IV-act. 65). Daraufhin empfahl der RAD-Arzt Dr.med. E._____ eine Zusatzabklärung durch einen Rheumatologen (vgl. IV-act. 66-7/7). Die IV-Stelle forderte A._____ auf, sich für eine solche Zusatzabklärung bei einem Rheumatologen zu melden (IV-act. 67). Am 7. August 2017 ging bei der IV-Stelle ein Bericht von Dr.med. H._____ (FMH Rheumatologie, I._____) ein (IV-act. 70). Mit Schreiben vom 13. September 2017 unterbreitete die IV-Stelle den F._____-Gutachtern die von A._____ erhobenen Einwände (IV-act. 71), auf welche die Gutachter in einer Stellungnahme vom 8. November 2017 eingingen (IV-act. 73).

D. Am 28. November 2017 verfügte die IV-Stelle, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde. Diese Verfügung wurde versehentlich an die J._____-Versicherung und nicht an die zwischenzeitlich von der Versicherten bevollmächtigte Rechtsvertreterin zugestellt (IV-act. 77), weshalb diese Verfügung widerrufen (IV-act. 81) und durch eine neue Verfügung vom 19. Januar 2018 ersetzt wurde (IV-act. 85). Gegen diese Verfügung liess A._____ rechtzeitig am 20.

Februar 2018 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben. Mit Entscheid I 2018 20 vom 26. Juni 2018 hat das Verwaltungsgericht die Beschwerde insoweit gutgeheissen, als die Sache zur Durchführung von Zusatzabklärungen an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde.

E. Nach Einholung weiterer Arztberichte gelangte der RAD-Arzt Dr.med. E._____ am 14. Januar 2020 zum Ergebnis, dass die Arbeitsfähigkeit erneut polydisziplinär gutachterlich zu beurteilen sei (IV-act. 112-9/9), was der Rechtsvertreterin am 17. Januar 2020 mitgeteilt wurde (IV-act. 113). Der Begutachtungsauftrag wurde der MEDAS K._____ zugestellt (IV-act. 118). Mit Schreiben vom 2. März 2020 wurden die Namen der Sachverständigen bekanntgegeben (IV-act. 123). Am 24. März 2020 wurde die Untersuchungstermine aufgrund der Corona-Situation abgesagt (IV-act. 125). Mit Schreiben vom 21. April 2020 wurde über die neuen Untersuchungstermine informiert (IV-act. 126). Am 19. August 2020 ging bei der IV-Stelle ein Bericht zur am 2. Juli 2020 durchgeführten Daumenoperation ein (IV-act. 130).

Am 4. September 2020 hat die MEDAS K._____ das interdisziplinäre Gutachten erstattet (IV-act. 133). Nach einer Stellungnahme des RAD-Arztes Dr.med. E._____ vom 10. September 2020 (IV-act. 135) kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 12. Oktober 2020 an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 138). Dagegen erhob die Rechtsvertreterin von A._____ mit Eingabe vom 30. November 2020 Einwände (IV-act. 143), wozu sich der RAD-Arzt am 14. Dezember 2020 äusserte (IV-act. 145).

F. Am 15. Januar 2021 verfügte die IV-Stelle, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde.

Dagegen liess A._____ rechtzeitig am 16. Februar 2021 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die Verfügung vom 15. Januar 2021 aufzuheben;
2. Es sei der Beschwerdeführerin von April 2014 bis März 2015 eine ganze Rente und danach mindestens eine halbe Rente zuzusprechen.
3. Eventualiter: Sollten ergänzende Abklärungen/ Gutachten erforderlich sein, seien diese direkt durch das Gericht in Auftrag zu geben (das Dossier sei nicht mehr an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen);
4. Es seien die Akten der Beschwerdegegnerin beizuziehen;

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Vernehmlassung vom 16. März 2021 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Die massgebenden Bestimmungen und Regelungen, welche für die Zuspreehung von IV-Rentenleistungen grundsätzlich von Bedeutung sind, wurden bereits im früheren Entscheid I 2018 20 vom 26. Juni 2018 im Einzelnen dargelegt, weshalb hier darauf verzichtet werden kann, diese Ausführungen zu wiederholen. Ergänzend ist namentlich hervorzuheben, dass externe Beurteilungen, die nach Art. 44 ATSG im Verwaltungsverfahren eingeholt wurden, bei überzeugendem Beweisergebnis volle Beweiskraft zuzuerkennen ist, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_379/2019 vom 21.8.2019 Erw. 2.2 mit Hinweisen, u.a. BGE 137 V 210 Erw. 1.3.4 S. 227).

2. Im ersten Entscheid I 2018 20 fasste das Verwaltungsgericht die medizinischen Angaben im Verlauf u.a. wie folgt zusammen:

2.1 Dr.med. L._____ (Orthopäd. Chirurgie FMH ...) nahm am 22. April 2013 bei der Versicherten eine Schulterarthroskopie rechts mit subacromialer Bursektomie, subacromialer Dekompression sowie partieller AC-Gelenkresektion vor (IV-act. 5-1/3). Unter der seit der Operation durchgeführten Physiotherapie konnte zwar eine sehr gute Beweglichkeit erzielt werden, indes traten erhebliche Beschwerden über einer Neobursa bzw. Neobursitis der rechten Schulter auf, welche mittels MRI nachgewiesen werden konnte. Im Bericht vom 9. September 2013 an den Taggeldversicherer führte Dr.med. L._____ u.a. aus, das Heben von Gewichten ab 5 kg führe zu Schmerzen, ebenso das Tragen von Lasten ab 5 kg; die Sitzdauer sei frei, die Gehstrecke nicht eingeschränkt. Eine körperlich leicht belastende, wechselweise sitzende, gehende und stehende Tätigkeit sei der Versicherten zumutbar (IV-act. 5-2f./3).

2.2 Am 5. November 2013 teilte Dr.med. L._____ der IV-Stelle mit, dass die Versicherte am 26. September 2013 „nochmals operativ revidiert“ worden sei. Bei der Untersuchung vom 15. Oktober 2013 habe die Versicherte bereits eine deutliche Beschwerdebesserung angegeben. Innerhalb der nächsten 8 bis 10 Wochen sei daher von einer Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 12).

2.3 Med.pract. M._____ stellte in ihrem Bericht an die IV-Stelle vom 21. November 2013 folgende Diagnosen (IV-act. 15):

1. Z.n. Schulterarthroskopie re (...)
 - Impingement Syndrom - Mazeration oberes Labrum, - Bursitis subacromialis rechts
 - Z.n. Bursektomie, Synovektomie rechts
2. HWS-Syndrom bei Degenerationen HWS 5/6/7
3. Laktoseintoleranz
4. Z.n. Meniskus Op rechtes Knie

Die bestehenden Einschränkungen umschrieb med.pract. M._____ mit körperliche Schmerzen bei Belastung/ Bewegungen der rechten Schulter. Zur Frage der Zumutbarkeit von Tätigkeiten nahm sie nicht Stellung mit dem Verweis darauf,

dass die Versicherte bei Dr.med. L. _____ in Behandlung sei (IV-act. 15-2/4, Ziff. 1.7).

2.4 In einem Verlaufsbericht vom 24. März 2014 berichtete Dr.med. L. _____ von einem stationären Gesundheitszustand. Derzeit weise die Versicherte nach erneuten Überkopfarbeiten in sehr kalter Umgebung rezidivierende HWS- und Schulterbeschwerden auf. Die Versicherte sei im aktuellen Beruf kaum noch einsatzfähig. Er habe der Versicherten dringend einen Berufswechsel angeraten (IV-act. 20). Am 25. April 2014 berichtete Dr.med. L. _____ von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Die Versicherte weise rezidivierende Beschwerden im Nacken- und Schulterbereich rechts auf. Eine Belastbarkeit sei aktuell nicht gegeben (IV-act. 21-1/9).

2.5 (...) Im Verlaufsbericht vom 13. Mai 2015 berichtete Dr.med. L. _____ von einem eher verschlechterten Gesundheitszustand. Aktuell gebe die Versicherte rezidivierende Cervikalgien, Hüftbeschwerden beidseits und Schulterbeschwerden rechts an. Klinisch wie auch radiologisch zeige sich allenfalls eine beginnende Coxarthrose beidseits. Die an der G. _____ vorgenommene Abklärung der HWS habe eine chronische, spondylogene und myofasziale sowie cervikale Brachialgie ergeben (IV-act. 31-1/5). In den Berichten der G. _____ (u.a. Dr.med. N. _____, Stv. Oberarzt Neurologie) vom 20. März 2015 (IV-act. 32-5/10), vom 9. April 2015 (IV-act. 32-7/10) und vom 30. April 2015 (IV-act. 32-9/10) werden nebst einem Carpaltunnelsyndrom chronische spondylogene und myofasziale Zervikobrachialgien diagnostiziert.

2.6 Dr.med. H. _____ (FMH Rheumatologie/ Physikalische Medizin und Rehabilitation/ Allgemeine Innere Medizin ...) nahm am 28. April 2015 und am 19. Mai 2015 eine rheumatologische Beurteilung der Versicherten vor. In seinem Bericht vom 19. Mai 2015 an Dr.med. L. _____ stellte er folgende Diagnosen (IV-act. 35):

1. Panvertebralsyndrom, ED 2013
 - multisegmentale Osteochondrosen (MRI HWS 4/2015)
 - mit zervikospondylogem sowie lumbospondylogem Syndrom bds.
 - Tractussyndrom rechts
2. PHS bds.
 - St.n. Schulterarthroskopie rechts 2014 und links 2013
 - Tendinopathie Supraspinatus, AC-Hypertrophie, SLAP-Läsion links MRI 8/2014
3. Gonalgie rechts bei St.n. Teilmeniskektomie rechts ca. 2008
4. Laktoseintoleranz
5. St.n. Fussoperation ca. 2008
6. Carpaltunnelsyndrom bds rechtsbetont, ED 4/2015
7. St.n. Hepatitis B (Serologie 5/2015)

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte Dr.med. H. _____ aus, die Versicherte sei seit 2 Jahren 100% arbeitsunfähig (IV-act. 35-1/2 unten). Neu sei die Versicherte in psychiatrischer Behandlung beim O. _____ (IV-act. 35-2/2 Mitte). Nachdem die IV-Stelle um einen Verlaufsbericht nachgesucht hatte, teilte der O. _____ am 12. August 2015 mit, dass die Versicherte lediglich zwei Einzel-

termine (23.4.2015, 30.4.2015) wahrgenommen habe, weshalb die Fragen der IV-Stelle nicht beantwortet werden könnten (IV-act. 38).

2.7 Dr.med. P._____ (Psychiatrie/ Psychotherapie FMH ...), welcher die Versicherte seit dem 8. Oktober 2015 behandelt, stellte in seinem Bericht vom 30. Mai 2016 folgende Diagnosen (IV-act. 42-1/8):

Rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom ICD-10, F:33.11

Zwanghafte Störung gemischt mit zwanghaften Ideen und Handlungen. ICD-10, F:42.20.

Die verbliebene Leistungsfähigkeit veranschlagte Dr.med. P._____ auf 50%. Nach seiner Einschätzung sind die Einschränkungen mit schweren Konzentrationseinbußen, rascher Ermüdbarkeit, vermehrtem Erholungsbedarf, sehr niedriger psychophysischen Stresstoleranz und stark reduzierter geistigen Flexibilität zu umschreiben (IV-act. 42-3/8).

2.8 Am 4. Juli 2016 liess sich die Versicherte in der Wirbelsäulensprechstunde der G._____ untersuchen. Dr.med. Q._____ (Oberarzt Wirbelsäulenchirurgie und Neurochirurgie) stellte in seinem gleichentags erstellten Bericht folgende Diagnosen (IV-act. 46-1/9):

1. Rechtsseitige Schulterschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Oberarm
 - DD Irritation im Bereich des rechten Schultergürtels
 - St.n. Fazetteninfiltration C5/6 beidseits am 19.03.2015: Für drei Tage deutliche Verbesserung um 70 Prozent der Nackenbeschwerden
2. Intermittierende Kribbelparästhesien der Finger III bis V rechtsseitig
 - DD Sulcus ulnaris Syndrom rechtsseitig
3. Druck- und bewegungsabhängige beidseitige, rechtsbetonte Schulterschmerzen, aktuell relativ kompensiert
4. St.n. rechtsseitiger Schulteroperation, 2013, anamnestisch bei Sehnenriss
 - St.n. Revisionsoperation, ebenfalls 2013
5. St.n. Schulteroperation linksseitig, 2014
 - St.n. Karpaltunnel-Operation rechtsseitig, 09/2015, fecit Dr.med. L._____
 - St.n. Revision am rechten Daumen, 01/2016
6. Nikotinkonsum, ein Paket pro Tag, 25 py
7. Verdacht auf depressive Episode

Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht veranschlagte Dr.med. Q._____ eine Arbeitsunfähigkeit von "eventuell" 50%. Die beidseitigen rechtsbetonten Schulterschmerzen könne er in der neuen HWS-Untersuchung nicht erklären. Die Beschwerden seien auch durch Druck auslösbar, was für eine radikuläre Symptomatik atypisch sei (IV-act. 46-2/9 unten).

2.9 Am 14. Juli 2016 folgte eine neurologische Abklärung an der G._____. In der Beurteilung erwog die Assistenzärztin Dr.med. R._____ (visiert durch die Oberärztin Dr.med. S._____), ob an der Genese der rechtsbetonten Schulterschmerzen ein zervikoradikulärer und/oder -spondylogener Anteil bestehe, könne nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Diesbezüglich würden sich klinisch keine Hinweise zeigen. Die erneut durchgeführten EMGs aus der Kennmuskulatur C5-C8 würden keine akuten oder chronischen Denervierungszeichen aufweisen. Klinisch

imponiere aktuell vor allem eine starke Druckdolenz der paravertebralen und Trapeziusmuskulatur rechtsbetont (IV-act. 46-6/9).

2.10 Am interdisziplinären MEDAS-Gutachten vom 2. Dezember 2016 (welches an der ausgelosten F._____ durchgeführt wurde) haben folgende Sachverständige mitgewirkt (IV-act. 53-23/104):

Dr.med. T._____ (Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie)

Dr.med. U._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie)

Dr.med. V._____ (Facharzt für Innere Medizin)

Dr.med. W._____ (Fachärztin für Neurologie)

Dr.med. X._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie)

Dr.med. Y._____ (medizinische Verantwortung/ Mitglied Geschäftsleitung)

Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) hielten die Gutachter nach einer Konsensbesprechung vom 29. November 2016 fest (IV-act. 53-13/104):

1. Chronisch rezidivierendes Subakromialsyndrom beidseits, rechts stärker als links, bei hypertrophierter und aktivierter AC-Gelenkarthrose und Bursitis subacromialis/ subdeltoidea

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) führten die Gutachter aus:

2. Cervicobrachialgie beidseits, ohne radikuläre Reizung
3. Pseudoradikuläres lumbales Schmerzsyndrom beidseits ohne behinderungsrelevantes Korrelat
4. V.a. asymptomatisches Enchondrom im Femurhals links (7 mm)
5. Senk-Spreiz-Platffuss beidseits
6. Mässige Varikosis beidseits
7. Tinnitus links
8. Völlegefühl im Oberbauch bei rezidivierender Helicobacter-Positivität und chronischer Obstipation
9. Laktoseintoleranz
10. Bienen- und Wespenstichallergie
11. St.n. Hepatitis B
12. St.n. Operation eines Karpaltunnelsyndroms rechts

Die versicherungsmedizinische Beurteilung fassten die Gutachter u.a. wie folgt zusammen (IV-act. 53-14f./104):

Frau A._____ beschreibt Schmerzen in beiden Schultern. Bei der hiesigen Untersuchung fand sich eine seitengleich eingeschränkte aktive und passive Beweglichkeit beider Schultergelenke sowie eine geringe Prominenz des lateralen Claviculaendes rechts. (...) Die klinischen und radiologischen Befunde der Schultern bedingen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten für Tätigkeiten mit beiden Armen oberhalb der Horizontale. Die beschriebenen Nackenschmerzen werden eher im Zusammenhang mit der eingeschränkten Beweglichkeit beider Schultergelenke gesehen, die durch permanentes Hochziehen der Schultern kompensiert wird und zur Überbelastung der Trapeziusmuskulatur führt. Passend dazu fanden sich positive Triggerpunkte beidseits im Bereich der Trapezmuskulatur. Auf einen eher geringen Leidensdruck diesbezüglich lässt die fehlende Analgetika-Einnahme und die ungenügende Einnahme von Lyrica bei fehlendem therapeutischem Wirkspie-

gel im Serum schliessen. Von orthopädisch-traumatologischer Seite ergibt sich aufgrund der Beschwerden beider Schultergelenke eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der bisherigen Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin der Etikettiererei von 30%. In einer Verweistätigkeit ist die Versicherte jedoch zu 100% arbeitsfähig.

Die genannten Diagnosen auf dem Gebiet der Inneren Medizin führen nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (...).

Bei der neurologischen Untersuchung waren keine pathologischen Befunde zu erfassen. Alle Reflexe waren symmetrisch, lebhaft, permanente sensible Störungen fanden sich nicht. Auch keine Atrophien weder an den Händen noch an den Beinen. Das Karpaltunnelsyndrom rechts wurde mit Erfolg operiert, die immer noch vorhandenen gelegentlichen Missempfindungen in Finger 4 und 5 dürften pseudoradikulären Beschwerden entsprechen. Die gelegentlich angegebenen Missempfindungen in den Füßen sind sehr inkonstant und neurologisch nicht zuverlässig einzuordnen. Ausreichende Hinweise finden sich für ein radikuläres Syndrom nicht, weder in den Oberarmen noch an den Beinen, auch nicht für eine Polyneuropathie. Der angegebene Tinnitus ist einfühlbar lästig, hat jedoch keinen signifikanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Insgesamt kann man von neurologischer Seite her keine Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit diagnostizieren.

Aus psychiatrischer Sicht konnte das von der Versicherten geschilderte Störungsbild keiner bekannten psychiatrischen Erkrankung zugeordnet werden. Eine Diagnose war hier nicht zu vergeben. Die geschilderten Symptome wirkten angelesen, der Fragebogen, auf den die Versicherte verwies, wurde offenkundig von mehreren Personen ausgefüllt. Dieser im Rahmen der Exploration gewonnene Eindruck spiegelte sich bei dem hier durchgeführten Beschwerdevalidierungstest wider, dessen signifikant schlechtes Testergebnis hoch auffällig war, das durch eine Aggravation allein nicht zu erklären ist, sondern vielmehr Hinweise auf das zielgerichtete Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik liefert. Die Arbeitsfähigkeit ist nicht eingeschränkt.

Zusammenfassend besteht im polydisziplinären Konsens in der bisherigen Tätigkeit der Versicherten als Betriebsmitarbeiterin der Etikettiererei eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. In einer Verweistätigkeit ist die Versicherte zu 100% arbeitsfähig.

Prognostisch führten die MEDAS-Gutachter aus, durch eine nochmalige gründliche Operation des rechten Schultergelenkes sollten sich die Beschwerden der Versicherten deutlich lindern lassen. Ansonsten bestehe aus orthopädisch-traumatologischer, neurologischer, internistischer und psychiatrischer Sicht eine günstige Prognose. Wichtig sei, die Versicherte rasch wieder in das Berufsleben zu reintegrieren, um ihre Selbstwirksamkeit zu stärken (IV-act. 53-16/104).

2.11 Im Rahmen einer MRI-Abklärung der LWS vom 6. Dezember 2016 im Spital Z._____ stellte die Fachärztin für Radiologie (AA._____) einen peripheren Einriss des Anulus fibrosus auf Höhe LWK4/5 links intraforaminal fest, ohne Hinweis auf eine Nervenwurzelkompression und ohne Spinalkanalstenose (Vi-act. 55-2/2).

2.12 Der RAD-Arzt Dr.med. E. _____ (Allgemeinmedizin FMH) erachtete das Resultat des MEDAS-Gutachtens in einer Stellungnahme vom 20. Februar 2017 als nachvollziehbar (IV-act. 56-6/6) (...).

2.13 Auf Zuweisung von Dr.med. L. _____ wurde die Versicherte am 26. April 2017 an der G. _____ durch Dr.med. AB. _____ (Oberarzt Orthopädie Obere Extremitäten) untersucht, welcher seine Beurteilung wie folgt zusammenfasste (IV-act. 65-3/4, Hervorhebung in Fettdruck nicht im Original):

In der heutigen klinischen Untersuchung zeigt sich ein diffuses Schmerzbild im Bereich beider Schulterregionen, vorwiegend im Bereich der Weichteile bei konventionell-radiologisch mehr oder weniger unauffälligen Befunden. Auch nach eigener Durchsicht der MR-Bildgebung links vom März 2017 zeigt sich meiner Ansicht nach keine relevante führende Pathologie, welche das Beschwerdebild der Patientin erklären könnte. Die geringen degenerativen AC-Gelenks-Veränderungen korrelieren meiner Ansicht nach nicht mit den klinischen Befunden, auch rechtsseitig korrelieren die MR-Befunde sehr schlecht mit dem klinischen Bild. Leider ist nicht eruierbar, inwiefern diagnostische Test-Infiltrationen im Bereich des AC-Gelenks und/oder auch subacromial sowie intraartikulär stattgefunden haben. Gegebenenfalls müsste dies nachgeholt werden, um eine tatsächliche organische Ursache ausschliessen zu können. **Inwiefern eine rheumatologische Standortbestimmung zum Ausschluss einer Polymyalgia rheumatica bzw. Vasculitis bei anamnestisch beschriebener Raynaud-Symptomatik bereits stattgefunden hat, ist aktuell ebenfalls nicht eruierbar, sollte jedoch falls noch nicht stattgehabt nachgeholt werden.** Bei fehlendem Ansprechen auf die jeweiligen Infiltrationen denke ich nicht, dass eine weitere Operation die Beschwerden der Patientin massgeblich reduzieren kann. (...)

2.14.1 Gestützt auf den Bericht von Dr.med. AB. _____ (siehe vorstehend, Erwägung 2.13 und die dort enthaltene Hervorhebung in Fettdruck) erachtete der RAD-Arzt zur Klärung der Fragestellung, ob eine Polymyalgia rheumatica vorliege, eine rheumatologische Zusatzabklärung als nötig (IV-act. 66-7/7).

2.14.2 Am 19. Juni 2017 untersuchte der Rheumatologe Dr.med. H. _____ die Versicherte. In seinem Bericht vom 7. Juli 2017 an Dr.med. L. _____ wiederholte er die bereits bekannten Diagnosen (vgl. IV-act. 70-1/2 i.V.m. der Diagnosenliste in Erw. 2.6). In der Beurteilung führte dieser Facharzt aus (IV-act. 70-2/2):

Bei der Patientin bestehen seit vielen Jahren multilokuläre Schmerzen. Klinisch finden sich vor allem myofasziale Befunde. In den vorliegenden Bildgebungen finden sich multisegmentale Osteochondrosen an der Halswirbelsäule sowie weitere ausgeprägt degenerative Veränderungen der Wirbelsäule.

Die Patientin leidet sehr an den multilokulären Schmerzen. Ich habe die Situation mit ihr nochmals ausführlich besprochen. Das chronische Schmerzkonzzept wurde erläutert. Ich habe ihr zur bestehenden Medikation Pregabalin aufdosiert auf zunächst 25 mg am Morgen und 100 mg am Abend und später besprochen, dass sie selbständig auf 50 mg am Morgen und 100 mg am Abend steigert. (...)

2.15.1 In den nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Januar 2018 verfassten und nachträglich eingereichten medizinischen Unterlagen vertrat PD Dr.med. AC. _____ (FMH für Innere Medizin/ delegierte Psychotherapie FMPP) am 12. Februar 2018 den Standpunkt, dass die Versicherte an einem ausgepräg-

ten weichteilrheumatischen Syndrom leide und 100% arbeitsunfähig sei. Die Versicherte habe eindeutige Sprachprobleme; sie könne nicht schreiben und beim Lesen weise sie das Niveau eines Erstklässlers auf; deswegen benötige sie Hilfe beim Ausfüllen von Fragebogen (Bf-act.).

2.15.2 Dr.med. AD. _____ und Dr.med. AE. _____ (AF. _____) beurteilten die Ergebnisse einer MR-Abklärung der HWS vom 16. Februar 2018 wie folgt (vgl. Bf-act.):

Bisegmentale degenerative Veränderungen/ initiale Spondylose C5/6 und C6/7.
Leichte Foramenstenose C6 beidseits, links mehr ausgeprägt als rechts.
Keine durchgemachte Diskushernien. Keine Nervenwurzelkompression.
Keine Spinalkanalstenose. Keine Myelopathie. Kein Tumorverdacht.

2.15.3 Dr.med. AE. _____ (AF. _____) nahm zur am 2. März 2018 durchgeführten Abklärung (CT Beckenbeinangio nativ und mit KM beidseits) wie folgt Stellung (vgl. Bf-act.):

Altersentsprechende und regelrechte Darstellung arteriellen Strombahn im Bereich des Beckens beider Oberschenkel sowie der Unterschenkel. Keine hämodynamisch relevanten Stenosen. Keine wesentliche Arteriosklerose. (...)

2.15.4 Vom 5. März 2018 bis zum 30. März 2018 hielt sich die Versicherte in der Rehaklinik AG. _____ auf. Im Austrittsbericht vom 29. März 2018 stellte der Oberarzt Dr.med. AH. _____ folgende Rehabilitationsdiagnosen (vgl. Bf-act.):

Chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren

- Somatisch: muskuläre Dysbalance und Insuffizienz, degenerative Veränderungen, PHS bds. St.n. Arthroskopie 2013 rechts und 2014 links
- Psychisch: maladaptiv, dysfunktionale Kognitionen und Emotionen, rezidivierende psychosoziale Belastungsfaktoren

In seiner Beurteilung wies der Oberarzt darauf hin, dass die Versicherte an einer chronischen Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren leide, wobei die somatischen Faktoren alleine die geklagten Beschwerden und Einschränkungen nicht erklären würden.

3. Dem weiteren Verlauf nach der gerichtlichen Rückweisung der Sache vom 26. Juni 2018 sind u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben zu entnehmen:

3.1 Der Rheumatologe Dr.med. AI. _____ stellte nach der ambulanten Konsultation vom 24. Oktober 2018 folgende Diagnosen (IV-act. 101-1/4):

V.a. Psoriasisarthropathie, EM 8/2018, ED 10/2018

- Tenosynovitis Flexoren III. und V., Synovitis MCP I rechts (MRI Hand rechts 10/2018)
- Psoriasis vulgaris
- Querrillen Fussnägel
- Skelettszintigraphie 10/2018: keine entzündlichen Läsionen
- 2 Töchter Psoriasis, 1 Tochter zudem PsA
- RF, ACPA, ANA, ENA, HBV, HCV, HLAB27, BSR, CRP negativ

Panvertebralsyndrom, ED 2013

- multisegmentale Osteochondrosen (MRI HWS 4/2015)

- mit zervikospondyloem sowie lumbospondyloem Syndrom bds.
- Tractussyndrom rechts

PHS bds

- St.n. Schulterarthroskopie rechts 2013 und links 2014
- Tendinopathie Supraspinatus, AC-Hypertrophie, SLAP-Läsion links MRI 8/2014

Epicondylitis humeri medialis links

Gonalgie rechts

St.n. Teilmenishektomie rechts ca. 2008

Laktoseintoleranz

St.n. Fussoperation ca. 2008

Carpaltunnelsyndrom bds rechtsbetont, ED 4/2015

St.n. Hepatitis B (Serologie 5/2015)

3.2 In einem weiteren Verlaufsbericht vom 22. Februar 2019 an die IV-Stelle wiederholte Dr.med. Al._____ die bereits bekannten Diagnosen. Aufgrund der Psoriasisarthritis empfahl er eine Behandlung mit Methotrexat zu beginnen. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit äusserte er sich nicht näher (IV-act. 104).

3.3 PD Dr.med. AC._____ (Innere Medizin FMH) attestierte der Versicherte in einem Bericht vom 20. März 2019 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Produktionsmitarbeiterin bei der Grossmetzgerei AJ._____ (IV-act. 105-1/4). Hinsichtlich der Frage nach der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit hielt dieser Arzt fest, dass die Versicherte "aktuell 0% arbeitsfähig" sei (IV-act. 105-4/4 Ziff. 4.2).

3.4 In einem weiteren Bericht vom 8. November 2019 an die IV-Stelle erneuerte Dr.med. Al._____ die erwähnten Diagnosen und führte zum Verlauf u.a. was folgt aus (IV-act. 109-2f./4):

Bei der Patientin habe ich zunächst ein MRI der LWS angemeldet. Dort fand sich keine Neurokompression, sodass ich ergänzend bei ausgeprägten Knieschmerzen links noch ein Röntgenbild angefertigt habe. Dort keine höhergradige Degeneration. Aufgrund der Spondylarthrose, welche sich im MRI gezeigt hat, habe ich eine Facettengelenksinfiltration auf Höhe L3/4, L4/5 und L5/S1 links durchgeführt. Folgend war eine deutliche Besserung der Beschwerden auch im Kniegelenk zu verzeichnen. (...)

Die Patientin wurde erneut durch ihren Hausarzt Herrn Dr. AC._____ zugewiesen. Die Kur in Serbien habe nicht geholfen. Knieschmerzen rechts waren medial im Vordergrund. Dr. L._____ als Orthopäde hat ein Röntgen gemacht und vermutet, dass die Schmerzen vom Rücken herrühren.

Klinisch fand sich eine Druckdolenz am Pes anserinus am Knie rechts, sonst ein relativ reizloses Kniegelenk. Zudem Druckdolenz lumbal paravertebral rechts sowie über den ISG rechts und gluteal rechts

(...) Bei ausbleibender Besserung bezüglich des rechten Schultergelenks habe ich ein Arthro-MRI angemeldet. Dort konnte der Verdacht bestätigt werden mit Nachweis einer AC-Gelenksarthrose, Bursitis subacromialis sowie Tendinopathie der Supraspinatussehne. (...)

Zusammenfassend besteht ein stationärer Gesundheitszustand. Bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie angepassten Tätigkeiten ist eine gutachterliche Stellungnahme vonnöten.

3.5 Der Psychiater Dr.med. P._____ (AK._____), welcher die Versicherte seit 8. Oktober 2015 behandelt, stellte in seinem Bericht vom 16. Dezember 2019 folgende Diagnosen (IV-act. 111-5/8, Ziff. 2.5):

Rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom ICD-10 F:33.11

Zwanghafte Störung gemischt mit zwanghaften Ideen und Handlungen ICD10 F:42.20

Für den Zeitraum vom 8. Oktober 2015 bis zum 28. Mai 2016 attestierte dieser Psychiater eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, derweil er ab 28. Mai 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 50% veranschlagte (IV-act. 111-2/8 Ziff. 1.3). Prognostisch führte er aus, dass die Versicherte in einer idealen leidensangepassten Tätigkeit mit selbst organisierten Pausen (maximal 2 h Arbeit ohne Pause) auf längere Sicht zu 50% arbeits(un)fähig sei (IV-act. 111-5/8 Ziff. 2.7).

3.6 Nachdem auch der RAD-Arzt eine zusätzliche interdisziplinäre Begutachtung befürwortete (IV-act. 112-9/9), erstattete die ausgeloste Gutachterstelle (MEDAS K._____) am 4. September 2020 ihr Gutachten, an welchem folgende Sachverständige mitwirkten (IV-act. 126-2/3):

- Dr.med. AL._____ (FMH Innere Medizin & Endokrinologie/ Diabetologie)
- Med.pract. AM._____ (Facharzt FMH Psychiatrie/ Psychotherapie, zertif. med. Gutachter SIM)
- Dr.med. AN._____ (Facharzt FMH Rheumatologie, zertif. med. Gutachter SIM)
- Lic.phil. AO._____ (Fachpsychologin/ Neuropsychologie FSP, zertif. med. Gutachterin Neuropsych. SIM)
- Lic.phil. AP._____ (Fachpsychologin/ Neuropsychologie FSP, zertif. med. Gutachterin Neuropsych. SIM, siehe IV-act. 133-123/139)
- Prof. Dr.med. AQ._____ (Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie/ Traumatologie)

3.6.1 Diese Sachverständigen stellten im Rahmen einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung folgende relevante Diagnosen (IV-act. 133-44/139):

Chronische subakromiale Impingementsymptomatik beider Schultern vom Supraspinatustyp, rechtsbetont, bei

- rechtsbetonter Periarthropathia humeroscapularis und Status nach sechs verschiedenen seit 2013 stattgehabten Schulteroperationen

Chronisches spondylogenes Schmerzsyndrom myofaszial, rechtsbetont, mit Segmentdegenerationen bei degenerativ bedingter Gefügelockerung zwischen dem 5. und 6. und 7. Zervikalwirbel und Foraminaleinengung zwischen den beiden letzteren.

Chronische rezidivierende Gonalgie, rechtsbetont, bei minimaler medialer Gonarthrose beidseits und Status nach Teilmeniskektomie rechts

Knick-Senk-Spreizfüsse mit Halluces valgi und Status nach Eingriffen am rechten Vorderfuss wegen Hammerzehen

3.6.2 Für die zuletzt (bis 30. April 2014) ausgeübte Arbeit in einer Grossmetzgerei, welche als körperlich mittelschwer bis schwer beurteilt wurde, veranschlagten die Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 30% der Norm, wobei in erster Linie die objektivierbaren rheumatologisch-orthopädischen Beeinträchtigungen als limitierend angesehen wurden (IV-act. 133-40/139 Ziff. 8.1).

3.6.3 Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten führten die Sachverständigen aus (IV-act. 133-40/139 Ziff. 8.2; siehe auch IV-act. 133-44/139 Ziff. 4.8):

Für eine körperlich leichte bis nur gelegentlich mittelschwere Arbeit veranschlagen wir die Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch, bei voller Präsenzzeit, auf 100% der Norm, mit folgenden Kautelen: Kein längeres Verharren in gleicher Körperstellung/-haltung, insbesondere keine Tätigkeiten, welche mit längerer oder häufiger repetitiver Belastung von Nacken, Schultern und Knien verbunden sind; diese aktuelle Einschätzung gilt ab Januar 2015 und ist somit kongruent mit derjenigen des SMAB-Gutachtens vom 02.12.2016.

Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit lasse sich durch die bei der Untersuchung objektivierten verbleibenden Fähigkeiten begründen (IV-act. 133-45/139 oben).

4.1 Eine gerichtliche Würdigung der vorliegenden Unterlagen ergibt, dass die Versicherte in medizinischer Hinsicht hinreichend abgeklärt worden ist. Das nach der Rückweisung eingeholte MEDAS-Gutachten erfüllt grundsätzlich die von der Rechtsprechung formulierten Anforderungen. Es beruht auf eigenen umfangreichen Untersuchungen und eingehender Anamneseerhebung. Namentlich wurde auch ein rheumatologisches Teilgutachten eingeholt, dessen Fehlen im ersten Entscheid Anlass zur Rückweisung gegeben hatte (vgl. zit. VGE I 2018 20 vom 26.6.2018, Erw. 3.3). Die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie

der medizinischen Situation leuchtet ein. Sodann sind die Schlussfolgerungen der Sachverständigen hinreichend begründet.

4.2 Ausschlaggebend für den von der Versicherten geltend gemachten Rentenanspruch ist grundsätzlich nicht die Beantwortung der Fragestellung, inwiefern sie in der angestammten Erwerbstätigkeit in einer Grossmetzgerei, welche als körperlich mittelschwer bis schwer beurteilt wurde, noch arbeitsfähig wäre (diesbezüglich wurde im ersten MEDAS-Gutachten eine Einschränkung von 30% und im zweiten Gutachten eine Einschränkung von 70% bzw. eine verbliebene Leistungsfähigkeit von 30% attestiert), sondern vielmehr, wie die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, körperlich leichten (bis lediglich gelegentlich mittelschweren) Tätigkeit (ohne längeres Verharren in gleicher Körperstellung, ohne Tätigkeiten mit längerer oder häufiger repetitiver Belastung von Nacken, Schultern sowie Knien) einzuschätzen ist. Dementsprechend ist die Argumentation in der Beschwerde (Ziffer 19) nicht zu hören, dass die Krankentaggeldversicherung ihre Leistungen bis zum Ende der Leistungsdauer von 730 Tagen (d.h. bis zum 21.4.2016) erbracht habe, da für diesen Anspruch auf Krankentaggelder primär die Arbeitsunfähigkeit in der bislang ausgeübten, körperlich anstrengenden Erwerbstätigkeit in einer Grossmetzgerei entscheidend war, wie die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (Ziffer 5) zutreffend dargelegt hat.

4.3.1 Für das gutachtlich bescheinigte, verbliebene Leistungsvermögen hinsichtlich der umschriebenen leidensangepassten Tätigkeiten sprechen sodann die festgestellten Inkonsistenzen. Im Rahmen der MEDAS-Begutachtung führte die Versicherte aus, regelmässig Trittico (Trazodon 150 mg), Lyrica (Pregabalin 150 mg), Duloxetin (Cymbalta 120 mg/d), Tramal (bis 225 mg/d) und Irfen einzunehmen (vgl. IV-act. 133-58/139 unten; siehe auch IV-act. 133-32/139 Ziff. 3.2.9 und IV-act. 133-79f./139). Die Auswertung der Laborbefunde ergab, dass die Serumkonzentrationen von Duloxetin und Trazodon weit unterhalb des therapeutischen Rahmens lagen (vgl. IV-act. 133-35/139 oben, i.V.m. IV-act. 133-47ff./139, v.a. 133-49/139 in fine), was bei der Beurteilung der Aspekte "Konsistenz und Plausibilität" zur Schlussfolgerung führte, dass die Versicherte hinsichtlich der erwähnten Antidepressiva "diese nicht respektive kaum eingenommen habe" (vgl. IV-act. 133-40/139 oben, Ziff. 7.4 in fine; siehe auch noch IV-act. 133-65/139 oben). Diese Diskrepanz zwischen den Selbstangaben der Versicherten einerseits und den objektivbaren Laborbefunden andererseits wird von der beanwalteten Beschwerdeführerin vor Gericht nicht thematisiert. Damit bleibt sie eine Antwort schuldig, weshalb ihre Selbstangaben zur Medikamenteneinnahme durchwegs glaubhaft sein sollten, indessen im Medikamentenspiegel nicht gleichermassen ersichtlich waren.

4.3.2 Des Weiteren fiel dem begutachtenden Psychiater auf, dass die Versicherte angab, ein schlechtes Gedächtnis zu haben und sich wenig merken zu können. Hingegen war die Versicherte im Rahmen des rund zweistündigen Explorationsgesprächs in der Lage, viele präzise Angaben zu ihrer Lebensgeschichte und Ereignissen zu machen, was der Sachverständige als diskrepanz zu den geltend gemachten Gedächtnisproblemen beurteilte (IV-act. 133-65/139 oben i.V.m. IV-act. 133-53/139 oben; siehe auch IV-act. 133-81/139 hinsichtlich des rheumatologischen Teilgutachtens: "Die anamnestischen Angaben schildert die Versicherte präzise sowie detailliert und im korrekten zeitlichen Ablauf", allerdings stellte dieser Sachverständige im Rahmen der über einstündigen Anamneseerhebung einen Konzentrationsabfall fest, was an sich nicht weiter erstaunt, nachdem die rheumatologische Untersuchung am Nachmittag des gleichen Tages stattfand, an welchem die Versicherte vormittags vom Psychiater untersucht worden war, vgl. IV-act. 133-53/139 oben i.V.m. IV-act. 133-67/139 unten; siehe auch IV-act. 133-119/139 unten, wonach die neuropsychologischen Untersuchungen vormittags rund 3 Stunden dauerten und auch gegen Ende der Untersuchung "keine Hinweise auf ein müdigkeitsbedingtes Nachlassen der Konzentration" feststellbar waren).

Besonders ins Gewicht fallen die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung durch die beiden Gutachterinnen lic.phil. AO. _____ und lic.phil. AP. _____, welche in ihrer Beurteilung ausführten (vgl. IV-act. 133-122/139):

Bei Frau ... finden sich *nicht valide Befunde* vor dem Hintergrund einer ungenügenden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie Symptomverdeutlichung.

Es zeigt sich eine neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion. Die Befunde sind in ihrer Art und Ausprägung weder mit allfälligen Müdigkeits- und/oder Schmerzinterferenzen noch einer depressiven Stimmungslage vollumfänglich zu erklären. Auch allfällige Medikamenteneinflüsse sowie eine geringe/fehlende Bildung können die Befunde in ihrer Art und Ausprägung nicht erklären. Die erhobenen Befunde sind, wie nachfolgend ausgeführt, am ehesten im Rahmen einer ungenügenden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie einer Symptomverdeutlichung zu interpretieren.

Dies zeigte sich einerseits in Tests zur Symptomvalidierung, bei denen deutlich auffällige Werte erzielt wurden. Die im Rahmen der Symptomvalidierung erbrachten Leistungen lagen deutlich unter den Leistungen von depressiven Patienten/innen sowie Patienten/innen mit einer Hirnverletzung mit einer ausreichenden Leistungsmotivation.

Andererseits fanden sich in der Untersuchungssituation verschiedene Inkonsistenzen, die fachlich nicht nachvollziehbar sind. Es zeigten sich innerhalb verschiedener Aufgaben, die derselben kognitiven Domäne zugehörig sind, deutlich inkonsistente Befunde. Es zeigten sich beispielsweise bei mehreren Aufmerksamkeitstests ausgeprägte Fluktuationsraten der Reaktionszeiten innerhalb desselben Tests. Inkonsistenzen finden sich auch im mnestischen Bereich beispielsweise in Form ei-

nes schwergradig verminderten Wiedererkennens im nonverbalen Bereich bei nur leicht bis mittelgradig verminderter Abrufleistung.

Zudem sind die erhobenen psychometrischen Befunde (u.a. teilweise schwergradige Minderleistungen in attentionalen Teilbereichen) diskrepant zum Kommunikationsverhalten. Frau ... beantwortet Fragen nach ihren Beschwerden ohne erhöhte Antwortlatenz, ist im Gespräch konzentriert. Die testdiagnostisch schwergradige Konzentrationsstörung zeigt sich im Gespräch nicht. (...)

In seiner Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität mass der begutachtende Psychiater den auffälligen Ergebnissen der Symptomvalidierungstestung im Rahmen der Untersuchung durch die beiden Neuropsychologinnen uneingeschränkt Beweiswert zu (vgl. IV-act. 133-65/139 oben), zumal er weder durch die Anamnese noch durch die Befunderhebung im Rahmen des Psychostatus nach AMDP eine relevante Depression herleiten konnte, noch die Diagnose einer Zwangsstörung stellen konnte. Auch ergab sich für ihn kein schlüssiges Gesamtbild, welches die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung ausreichend belegen würde (vgl. IV-act. 133-62/139 Ziff. 6).

4.3.3 Zudem stellte der begutachtende Rheumatologe fest, dass fünf von fünf Waddell-Zeichen positiv ausfielen, was er als Ausdruck eines erheblich gesteigerten Krankheitsgebarens beurteilte. Auffallend ist namentlich die von diesem Sachverständigen festgestellte Diskrepanz zwischen Reaktion der Versicherten auf das Lasègue-Manöver in liegender Position und in sitzender Position (vgl. IV-act. 133-82/139). In seiner Beurteilung wies dieser Gutachter u.a. darauf hin, dass die Versicherte während der gesamten (einstündigen) Anamnese ruhig sass, ohne Schonhaltung und ohne zwischendurch aufzustehen sowie ohne averbale Schmerzäusserungen auf ihrem Stuhl, was er als diskrepant zu den Angaben der Versicherten taxierte, welche gegenüber dem Gutachter erklärte, dass sie schmerzbedingt nicht längere Zeit in der gleichen Körperposition verharren könne (vgl. IV-act. 133-107/139 unten). Auch gelangte dieser Gutachter zum Eindruck, dass das Schmerzverhalten der Versicherten bei der Untersuchung der Lendenwirbelsäule und vor allem des rechten Hüftgelenkes deutlich aggraviert wirkte und sich durch die erhobenen (objektivierbaren) Befunde nicht erklären liess (vgl. IV-act. 133-108/139 oben).

Auch diese Diskrepanzen und Ausführungen werden von der beanwalteten Beschwerdeführerin vor Gericht kommentarlos (zu Unrecht) ausgeblendet.

4.4.1 Im Lichte all dieser Ausführungen und der Überzeugungskraft des vorliegenden MEDAS-Gutachtens vom 4. September 2020 ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung (unter Ausklammerung von stationären Behandlungen/ Operationen mit postoperativen Arbeitsunfähig-

keiten von grundsätzlich rund 6 Wochen) von einer medizinisch-theoretisch vollständig erhaltenen Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte (bis nur gelegentlich mittelschwere) leidensangepasste Tätigkeiten (ohne längeres Verharren in gleicher Körperstellung/-haltung und ohne Arbeiten mit längerer Belastung von Nacken, Schultern und Knien) ausgegangen ist.

4.4.2 An diesem Ergebnis vermögen die Vorbringen der Beschwerdeführerin vor Gericht grundsätzlich nichts zu ändern. Dass die Rechtsvertreterin der Versicherten die Ergebnisse der begutachtenden Neuropsychologinnen nicht nachvollziehen kann, vermag die Glaubwürdigkeit der Ausführungen dieser Fachpersonen nicht in Frage zu stellen, ohne dass diesbezüglich noch entsprechende Arbeitsblätter der durchgeführten Untersuchungen hier beizuziehen wären. Dies gilt erst recht, als die Inkonsistenzen beispielsweise mit Unterschieden in den Reaktionszeiten innerhalb desselben Tests begründet werden, welche weder von der Rechtsvertreterin noch vom Gericht im Nachhinein nachgeprüft werden können. Was den Einwand hinsichtlich der im Verlauf teilweise unterschiedlichen Angaben zur Körpergrösse anbelangt, hat die Vorinstanz in der Vernehmlassung nachvollziehbar dargelegt, dass aufgrund verschiedener Messmethoden und unterschiedlichen Messzeiten (Messung durch ausgebildete Person oder nicht, mit oder ohne Schuhe, morgens oder abends, etc.) Abweichungen auftreten können, aus welchen hinsichtlich der Objektivierbarkeit der geltend gemachten Schmerzen grundsätzlich nichts Wesentliches abgeleitet werden kann (vgl. zit. Vernehmlassung, S. 3 Ziff. 7 2. Abs.). Beizupflichten ist aber auch der Argumentation der Vorinstanz, wonach im vorliegenden Fall kein IQ-Test nötig war bzw. ist, nachdem die intellektuellen Fähigkeiten der Versicherten ausreichen, um jahrelang auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein. Abgesehen davon wurde von den Sachverständigen glaubhaft dargelegt, dass die durchgeführten Testungen keine besonderen Anforderungen an das Intelligenzniveau stellten (vgl. IV-act. 102-1/2, wonach das verwendete Testverfahren "von Kindern ab dem vierten Lebensjahr gut bewältigt werden kann"; siehe auch IV-act. 133-122/139 oben, wonach eine geringe bzw. fehlende Bildung die Befunde in ihrer Art und Ausprägung nicht erklären konnte). Im Übrigen hat der behandelnde Psychiater in seinem Verlaufsbericht vom 18. Dezember 2019 keine Minderintelligenz der Versicherten attestiert und die Fahreignung der Versicherten bejaht (vgl. IV-act. 111). Analog hat auch der Hausarzt Zweifel an der Fahreignung verneint und ausgeführt, dass die Versicherte "sehr selten fährt" (vgl. IV-act. 105-3/4). Dass aber die Versicherte die theoretische und praktische Fahrprüfung bestanden hat und weiterhin in der Lage ist, einen Personenwagen zu lenken, spricht dies offenkundig gegen die Annahme einer relevanten Minderintelligenz, auch wenn die Versicherte nach ihren Angaben nur selten selber fährt. Nachdem im konkreten Fall zwei MEDAS-

Gutachten eingeholt wurden, welche sich im Ergebnis weitgehend decken, geht auch die Rüge in der Beschwerde (S. 10) fehl, dass die Vorinstanz den Untersuchungsgrundsatz verletzt habe.

4.5 Ausserdem hat sich die beanwaltete Beschwerdeführerin mit dem in der angefochtenen Verfügung enthaltenen Einkommensvergleich nicht auseinandergesetzt, weshalb sich weitere Ausführungen dazu erübrigen.

5. Aus all diesen Gründen erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abgewiesen wird. Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten der Beschwerdeführerin auferlegt. Eine Parteientschädigung fällt ausser Betracht.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten (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 Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
4. Zustellung an:
 - die Vertreterin der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen, 3003 Bern (A).

Schwyz, 9. Juni 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: 22. Juni 2021

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

