

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2021 13

Entscheid vom 12. April 2021

Besetzung

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

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ (Schreibweise gemäss amtlichen Unterlagen, siehe IV-act. 2; gemäss Beschwerde: B._____; geb. 19___, verheiratet, Mutter von 3 erwachsenen Kindern) liess sich am 4. Februar 2008 zum Bezug von IV-Leistungen anmelden. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen wurden mit chronischen Rückenschmerzen, Diskopathie cervical und einer depressiven Entwicklung umschrieben (IV-act. 1-6/8). Nach Abklärungen, welche u.a. ein medizinisches Erstgespräch mit der RAD-Ärztin Dr.med. C._____ vom 13. März 2008 (IV-act. 11) und eine Haushaltabklärung (mit Bericht vom 10.10.2008 = IV-act. 21) umfassten, verfügte die IV-Stelle am 16. Februar 2009, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde. In der Begründung wurde die gemischte Methode mit einem Erwerbsanteil im Gesundheitsfall von 50% angewendet sowie ein gesamthafter IV-Grad von 14% ermittelt (IV-act. 27).

B. Am 20. September 2018 ging bei der IV-Stelle erneut eine IV-Anmeldung ein. Hinsichtlich der gesundheitlichen Beeinträchtigungen wurde auf einen Autounfall im November 2016 verwiesen (IV-act. 28-6/8 unten). Im weiteren Verlauf wurden diverse medizinischen Berichte eingeholt. Nach einer Beurteilung der medizinischen Akten am 19.11.2020 durch den RAD-Psychiater Dr.med. D._____ (IV-act. 64) und am 26.11.2020 durch den RAD-Arzt Dr.med. E._____ (IV-act. 65) teilte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 1. Dezember 2020 mit, es sei vorgesehen, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 67). Nachdem sich A._____ nicht vernehmen liess, verfügte die IV-Stelle am 27. Januar 2021, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 68).

C. Gegen diese Verfügung reichte A._____ rechtzeitig am 19. Februar 2021 (= Datum der Postaufgabe) beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Beschwerde ein. Mit Schreiben vom 22. März 2021 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen. Dieses Rechtsbegehren wurde mit dem Verweis auf die Akten und die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung begründet.

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 (Invalideneinkommen), 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 praxismässig 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^{bis} 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. Bundesgerichtsurteil 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^{bis} 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). Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialisten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist regelmässig volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 Erw. 1.3.4 mit Hinweis).

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 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).

1.5 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 Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. A. Rz. 153; Bundesgerichtsurteil 8C_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 140 Erw. 5.3).

1.6 Im vorliegenden Fall verhält es sich so, dass die Beschwerdeführerin bereits im Februar 2008 eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen unter-

zeichnet und eingereicht hatte. Damals begründete sie ihren Leistungsanspruch mit chronischen Rückenschmerzen, einer cervikalen Diskopathie sowie einer depressiven Entwicklung (IV-act. 1-6/8 oben). Nach Abklärungen und einer Würdigung der Arztberichte gelangte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 7. Januar 2009 und alsdann mit Verfügung vom 16. Februar 2009 zum Ergebnis, dass kein rentenbegründender IV-Grad bestehe, weshalb das Leistungsbegehren abgewiesen werde. Falls Interesse an einer Arbeitsvermittlung bestehe, könne sich die Versicherte melden (IV-act. 27).

1.7 Am 20. September 2018 ging bei der IV-Stelle erneut eine Anmeldung für IV-Leistungen ein. In einer solchen Konstellation hängt die Beantwortung der Fragestellung, ob und inwiefern ungeachtet des bereits einmal geprüften und abgelehnten Leistungsanspruchs zwischenzeitlich ein Anspruch auf eine IV-Rente entstanden sei, grundsätzlich davon ab, ob eine anspruchsbegründende Veränderung stattgefunden hat (sei es hinsichtlich des Gesundheitszustands, sei es hinsichtlich der erwerblichen Auswirkungen), wobei die Grundsätze zur Rentenrevision analog Anwendung finden (vgl. VGE I 2020 73 vom 19.2.2021 Erw. 1.1 mit Verweis auf BGE 133 V 108 v.a. Erw. 5.2.).

1.8 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).

1.9 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, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C_382/2018 vom 21.1.2019 Erw. 2 mit Verweis auf BGE 133 V 108).

1.10 Hier bildet die bereits erwähnte Verfügung vom 16. Februar 2009 mit der darin enthaltenen Ablehnung eines Rentenanspruchs grundsätzlich Ausgangspunkt für die Fragestellung, ob zwischenzeitlich eine anspruchserhebliche Änderung eingetreten ist (oder nicht).

2.1 Im Rahmen der erstmaligen Leistungsprüfung ging bei der Vorinstanz ein Bericht des behandelnden Arztes Dr.med. F. _____ (Allgem. Medizin FMH, G. _____) vom 21. Februar 2008 ein, wonach die Versicherte an einem subakuten, rezidivierenden cervico-thorako-spondylogenen Syndrom, an Adipositas und an einer depressiven Entwicklung leide, wobei dieser Arzt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 23. April 2007 und ab 21. Februar 2008 eine Arbeitsfähigkeit von 50% attestierte, mit "später sicher Steigerungsmöglichkeit" (IV-act. 7).

2.2 Beim medizinischen Erstgespräch vom 13. März 2008 notierte die anwesende RAD-Ärztin Dr.med. C. _____ (Allgemeinmedizin FMH) unter anderem, dass die Versicherte aktuell an belastungsabhängigen pulsierenden Nackenschmerzen mit Ausstrahlung zum Hinterkopf, Hinterkopfschmerzen mit Ausstrahlung in beide Hände und BWS-/LWS-Schmerzen leide, wobei die Kopf- und Nackenschmerzen stärker seien als die BWS-/LWS-Schmerzen (seit 2003). Dadurch sei die Versicherte bei den Haushaltarbeiten und in der Berufstätigkeit (Reinigungsarbeiten/ Schieben von Reinigungsmaschinen) eingeschränkt (IV-act. 11-1/3 oben). In der diagnostischen Einschätzung führte diese RAD-Ärztin u.a. aus, es handle sich um eine Schmerzstörung bzw. Schmerzen der Wirbelsäule mit allenfalls geringem organischen Korrelat; es würden psychosoziale Probleme dominieren, namentlich Migration, geringe Sprachkenntnisse, mangelnde berufliche Qualifikation, Ehemann sei IV-Rentenbezüger, Überlastung mit 5-Personen-Haushalt (vgl. IV-act. 11-2/3 unten). Ausserdem fielen der RAD-Ärztin eine geringe Motivation für eine berufliche Reintegration, eine zu tiefe Selbsteinschätzung sowie ein problematisches Krankheitskonzept und ein passives Problemlöseverhalten auf (IV-act. 11-3/3 oben).

2.3 Dr.med. H. _____ (Innere Medizin FMH, I. _____) diagnostizierte am 31. März 2008 ein chronisches Panvertebralsyndrom und führte in seinem Bericht an die IV-Stelle aus, dass die Versicherte in wechselndem Ausmass über Schmerzen im Bereich der ganzen Wirbelsäule sowie in den Beinen klage (IV-act. 14-1f./9). Zudem verwies er auf Berichte von früher involvierten Ärzten (IV-act. 14-4ff./9).

2.4 Dr.med. J. _____ (FMH Rheumatologie, K. _____) stellte im Bericht vom 20. Mai 2008 die Diagnose eines chronischen Panvertebralsyndroms zervikal und lumbal betont, ohne eine Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen (IV-act. 15). In einem früheren Bericht vom 12. Juni 2007 hatte dieser Arzt von einer bislang vollständigen Arbeitsunfähigkeit gesprochen, welche sukzessive gesteigert werden könne; aktuell [Juni 2007] bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50% für eine leichte Tätigkeit ohne Heben von Gewichten (IV-act. 15-3f./8).

2.5 In einer Würdigung der medizinischen Akten vom 30. Juni 2008 fasste die RAD-Ärztin Dr.med. C._____ ihre Einschätzung der medizinischen Aktenlage wie folgt ein (IV-act. 19-2/2):

Bei der Versicherten liegt ein chronisches Panvertebralsyndrom mit radiologisch diskreten Befunden und klinisch fehlenden wesentlichen Funktionsausfällen und fehlenden neurologischen Defiziten vor (gestützt auf Dr. J._____ 13.11.06). Es gab zudem Hinweise auf Symptomausweitung u. Beschwerdeüberlagerung (positive Waddell-Zeichen). Aufgrund dessen ist der Versicherten eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100% zumutbar.

2.6 Im Bericht vom 10. Dezember 2008 (zur vorgängig durchgeführten Haushaltabklärung) notierte die Abklärungsperson, dass die Versicherte im Gesundheitsfall zu 50% einer auswärtigen Erwerbsarbeit nachgehen würde und dass die Versicherte die Anstellung wegen fehlender Arbeit verloren habe. Bei der Arbeitslosenversicherung sei die Versicherte zu 50% als Erwerbstätige gemeldet (IV-act. 21-3/9).

2.7 In der Verfügung vom 16. Februar 2009 ermittelte die Vorinstanz nach der gemischten Methode für den erwerblichen Teil (50%) einen Teilinvaliditätsgrad von 5% sowie für den Haushaltbereich (50%) einen Teilinvaliditätsgrad von 8.5% bzw. gesamthaft von 14% (IV-act. 27).

3.1.1 Noch vor der neuen IV-Anmeldung vom 20. September 2018 wurde die Versicherte am 21. August 2018 im Spital L._____ in M._____ untersucht. Dr.med. N._____ (Oberärztin) und Dr.med. O._____ (Chefarzt) stellten im Bericht vom 23. August 2018 an Dr.med. P._____ folgende Diagnosen (IV-act. 34-6f./18):

1. Symptomatische medial betonte Gonarthrose links mit
 - degenerativer Innenmeniskusläsion (Hinterhorn/ Pars intermedia)
 - minime Aussenmeniskusläsion (Pars intermedia)
2. Chronische Schmerzerkrankung im Sinne einer zentralen Schmerzdysregulation
 - St.n. zwei Autounfällen 11/2016 und 06/2017
 - Sturzereignis 02/2018
3. Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom
 - ohne wesentlichen degenerativen Veränderungen und Neurokompression bei multiplen Diskusprotrusionen (MRI 20.04.2015)

Hinsichtlich des weiteren Procedere wurde u.a. festgehalten, dass die Versicherte sehr gut auf die Kortikosteroidinfiltration angesprochen habe und bezüglich der Kniebeschwerden zufrieden sei (IV-act. 34-7/18). In diesem Bericht wurde keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt.

3.1.2 Ebenfalls noch vor der IV-Anmeldung (vom 20.9.2018) suchte die Versicherte am 30. August 2018 (Donnerstag) die Notfallstation des Spitals

Q._____ auf, wo muskuloskelettale Schmerzen am Bewegungsapparat (Nacken, Arm, Bein, sternal) diagnostiziert wurden. In der klinischen Untersuchung zeigten sich ein unauffälliger kardiopulmonaler Status sowie Druckdolenz im Bereiche der Nackenmuskulatur, der rechten Brust, sternal sowie am rechten Bein. Elektrokardiographisch zeigte sich kein Hinweis auf ein ischämisches Ereignis, die Laboranalyse ergab keine Auffälligkeiten (IV-act. 34-3f./18).

3.2 Nach der neuen IV-Anmeldung vom 20. September 2018 attestierte Dr.med. P._____, welcher die Versicherte seit 12. Dezember 2017 behandelte (und in diesen 9 Monaten 8x gesehen hatte) im Bericht vom 20. November 2018 an die IV-Stelle eine Arbeitsunfähigkeit von 80% seit 28. Mai 2018. Sie leide unter Schmerzen hinsichtlich der gesamten Wirbelsäule, "jeder Abschnitt tut ihr weh"; ferner bestehe eine Ausstrahlung in den rechten Arm und in das rechte Bein. Wenn sie gearbeitet habe, müsse sie bis zu 4 Tage ins Bett. Sie arbeite "in der verbleibenden Arbeitsfähigkeit zu 20% als Reinigungskraft". Zudem sei sie in eine psychiatrische Betreuung bei Dr. R._____ in S._____ eingebunden (IV-act. 34-1/18).

3.3 Eine weitere Untersuchung folgte am 3. Dezember 2018 im Spital L._____. Dr.med. T._____ (Oberarzt) diagnostizierte in seinem gleichentags erstellten Bericht an Dr.med. P._____ posttraumatische Wirbelsäulenschmerzen (Mitte thorakal und lumbosakral mit Ischialgie bis zur rechten Ferse) und eine Gonarthrose links (Status nach Kortikosteroidinfiltration am 3.7.2018 mit anhaltend gutem Infiltrationseffekt, vgl. IV-act. 37-1/2). Am Schluss des Berichts wies dieser Arzt u.a. darauf hin, dass in der Bildgebung anfangs 2018 kein pathoanatomisches Korrelat zu den angegebenen HWS- und BWS-Schmerzen feststellbar gewesen sei. Der Behandlungsfokus sollte klar auf der Behandlung der depressiven Veränderung und der chronischen Schmerzeinstellung bestehen. Eine erweiterte konservative Therapie sei derzeit nicht indiziert (IV-act. 37-2/2).

3.4 Eine Rückfrage der Vorinstanz bei Dr.med. P._____ ergab am 11. Juli 2019, dass die Versicherte ihn im April, Mai und Juni 2019 konsultiert habe (IV-act. 44). Für eine kardiologische Standortbestimmung hatte der Hausarzt die Versicherte dem Spital Q._____ zugewiesen, wo am 24. Mai 2019 eine Ergometrie (Belastungs-EKG) durchgeführt wurde. Dr.med. U._____ (Oberarzt) und Dr.sc.hum. V._____ (Assistenzärztin) stellten im Bericht an den Hausarzt die Diagnosen eines metabolischen Syndroms (arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Adipositas BMI 30.6 kg/m²), einer Arteriosklerose sowie einer Gonarthrose beidseits. In der Beurteilung wurde festgehalten, bei unzureichender Belastung auf der Fahrradergometrie bestehe nur eine eingeschränkte Aussage-

kraft; kein Hinweis einer Belastungskoronarinsuffizienz bei Belastung bis 114 Watt (IV-act. 36-32f./44).

3.5 Am 16. August 2019 konsultierte die Versicherte die Notfallstation des Spitals Q._____. Im Bericht vom gleichen Tag stellten med.pract. W._____ (Assistenzärztin) sowie Dr.med. X._____ (Oberärztin) folgende Diagnosen (IV-act. 46-9/44):

1. Aktive Gastritis
 - H. pylori positiv
 - St.n. frustraner Eradikationsbehandlung (06/2019, Spital L._____)
2. Arterielle Hypertonie
 - cvRF: Adipositas, Hypercholesterinämie
3. Arteriosklerose
4. Depression
5. Gonarthrose bds.

Zur Arbeitsfähigkeit wurde in diesem Bericht nicht Stellung genommen.

3.6 Seit dem 13. März 2019 war die Versicherte in ambulanter Behandlung beim Psychiatrie-Zentrum Y._____ (M._____). Dr.med. Z._____ (Oberärztin) und Dr.med. AA._____ (Assistenzärztin) stellten im Bericht an die IV-Stelle vom 19. August 2019 die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Unter Ziffer 1.3 dieses Berichts wurde festgehalten, dass dieses Psychiatrie-Zentrum keine Arbeitsunfähigkeit attestiert habe; nach eigenen Angaben arbeite die Versicherte einen Tag in der Woche. Unter Ziffer 2.7 dieses Berichts gingen die Berichtverfasserinnen "aktuell von einer reduzierten Leistungsfähigkeit" aus (IV-act. 45).

3.7 Am 26. September 2019 berichtete Dr.med. P._____ der IV-Stelle, dass der Gesundheitszustand der Versicherten stationär sei; die Diagnosen hätten sich nicht geändert. Neu hinzugekommen sei die Mitbehandlung durch die Fachstelle für Sozialpsychiatrie in M._____. Die Versicherte leide nach wie vor sehr an ihren Schmerzen vornehmlich im Rücken (IV-act. 46-1/44).

3.8 Im Verlaufsbericht vom 29. Januar 2020 berichteten die Fachpersonen des Psychiatrie-Zentrums Y._____ von einem leicht verbesserten Gesundheitszustand. Es beständen eine reduzierte Belastbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, eine starke Reizbarkeit, schwankende Stimmungslagen sowie somatische Beschwerden. Es sei keine Arbeitsunfähigkeit durch das Zentrum attestiert worden; die Versicherte arbeite aktuell zu 20% und brauche kein Arbeitsunfähigkeitszeugnis. Zum aktuellen Zeitpunkt sei von einer reduzierten Leistungsfähigkeit auszugehen (IV-act. 48-1f./2).

3.9 Am 10. März 2020 suchte die Versicherte die Notfallstation des Spitals Q._____ auf. Im gleichentags erstellten Bericht an Dr.med. P._____ hielten AB._____ (Assistenzärztin) und med.pract. AC._____ (Oberärztin) folgende Diagnosen fest (IV-act. 58-48f./70):

1. Rezidivierende thorakale Schmerzen mit zusätzlicher Belastungsdyspnoe ES 09.03.2020
 - DD muskuloskelettal DD kardial
 - St.n. thorakalen Schmerzen im 12/2019
 - Troponin negativ, NT-pro-BNP bei 154 ng/L
 - EKG unauffällig
 - Röntgen Thorax ohne Befunde
2. Chronische Autoimmunthyreoiditis Hashimoto
 - Thyreoglobulin-Antikörper positiv
 - Subklinische Hypothyreose
 - Sonographie Schilddrüse 17.012020: unauffälliges Schilddrüsenvolumen, hypoechogenes Parenchym, unauffällige Durchblutung, keine veränderten zervikalen Lymphknoten
 - Aktuell: regelmässige TSH-Kontrolle, Substitutionstherapie bei TSH > 10 mU/l indiziert
3. Möglicherweise rezidivierend Stürze wegen kurzzeitiger Bewusstlosigkeit, Ursache unklar, EM möglicherweise bereits vor Jahren
 - Erneutes MRT Schädel angemeldet (03/2020)
 - EEG mit leichten Verlangsamungsherden temporal bds.
 - Möglicherweise Migräne ohne Aura
4. Depression
5. Arterielle Hypertonie
6. Chronische Kopfschmerzen, Ursache unklar, EM vor Jahren (...)

In der Beurteilung führten diese Ärztinnen u.a. aus, in der körperlichen Untersuchung habe sich die Versicherte kardio-pulmonal unauffällig gezeigt. Im Labor hätten sich keine pathologischen Befunde gezeigt. Das EKG habe einen normokarden Sinusrhythmus ohne Erregungsrückbildungsstörungen gezeigt. Die Versicherte sei in subjektiv gutem Wohlbefinden entlassen worden (IV-act. 58-49/70).

3.10 Eine weitere Untersuchung vom 23. März 2020 im Spital Q._____ wurde im entsprechenden Bericht von Dr.med. AD._____ (Oberärztin) und AE._____ (Assistenzarzt) u.a. wie folgt zusammengefasst (IV-act. 58-18/70):

CT Herz nativ + i.v. KM vom 23.03.2020

Klinische Angaben

Unklare, teilweise belastungsabhängige Thoraxschmerzen, Vd. a. chronisches Schmerzsyndrom

Fragestellung

Relevante Koronarstenose?

(...)

CT-Koronarangiographie:

Herzfrequenz während der Untersuchung von 63 und 71/min, mittlere Herzfrequenz 67/min. Diagnostische Bildqualität in allen Koronarsegmenten.

Rechtsdominanter Koronarversorgungstyp bei normaler Koronaranatomie. Normalkalibrige Koronararterien. Kein Nachweis signifikanter Koronarstenosen.

Herzmorphologie und Herzklappen:

Normale Morphologie der Aorten- und Mitralklappe. Keine kardialen Thromben.

Lunge und Mediastinum: (...)

Beurteilung:

Keine Koronarsklerose und keine Koronarstenosen.

Verglichen mit dem CT Thorax vom 13.11.2014 gering progrediente Bronchiektasen mit Bronchialwandverdickung und Mucusobliteration wie beschrieben sowie neu Tree in Infiltrate und Airtrapping, DD chronisch Bronchitisch, DD zystische Fibrose oder allergische bronchopulmonale Aspergillose weniger wahrscheinlich. Grunderkrankung bekannt. Pneumologische Abklärung empfohlen.

3.11 Im Bericht vom 26. März 2020 an den Hausarzt Dr.med. P. _____ führte Dr.med. AF. _____ (Oberärztin Kardiologie, Spital Q. _____) u.a. aus, aufgrund rezidivierender, unbeobachteter Stürze (DD Synkopen) sei eine ergänzende kardiologische Untersuchung erfolgt mit Kipptisch und CT Herz, welche einen unauffälligen Befund ergaben, ohne Hinweis für eine kardiale/ rhythmogene Ursache der Beschwerden (IV-act. 58-31/70 unten).

3.12 Der RAD-Psychiater Dr.med. D. _____ nahm aus psychiatrischer Sicht am 7. Mai 2020 folgende Beurteilung der medizinischen Aktenlage vor (IV-act. 52):

Die Versicherte ist seit 03/2019 in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Von psychiatrischer Seite wurde keine AUF Atteste ausgestellt. Der Hausarzt geht von einer 80% AUF aus. Es werden 2 Autounfälle 11/2016 und 06/2017 erwähnt. Die von psychiatrischer Seite gestellte Diagnose einer PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) stützt sich gemäss den Berichten vorwiegend auf die subjektiven Angaben der Versicherten. Diese hat erst 03/2019 also lange nach den Unfallereignissen eine psychiatrische Behandlung aufgenommen. Im Verlaufsbericht 01/2020 werden Stimmungsschwankungen reaktiv auf körperliche Beschwerden und finanzielle Sorgen erwähnt. Insgesamt ist die Diagnose einer PTBS nicht gesichert. Die Kriterien gemäss ICD 10 sind überwiegend wahrscheinlich nicht erfüllt (Traum vom katastrophalem Ausmass/ sonst hätte die Versicherte unmittelbar nach Unfall therapeutische Unterstützung aufgesucht/ anzumerken ist, dass die Polizeiakten bzgl. der Unfälle im Dossier aber nicht vorliegen). Die Versicherte ist gemäss den Akten weiterhin mit einem 20% Pensum als Reinigungskraft berufstätig.

Fazit: Aus psychiatrischer Sicht ist für eine den körperlichen Beeinträchtigungen angepasste Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht von einer zusätzlichen Einschränkung der AF auszugehen. (...)

3.13 Dr.med. E._____ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates/ RAD Arzt Zentralschweiz) nahm am 15. Mai 2020 folgende Beurteilung vor (IV-act. 53):

Aus somatischer Sicht sind folgende Diagnosen ausgewiesen:

- Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (posttraumatische Wirbelsäulenschmerzen thorakal bis lumbosakral bis rechte Ferse), ohne wesentliche degenerative Veränderungen und Neurokompression bei multiplen Diskusprotrusionen,
- Symptomatische initiale medial betonte Gonarthrose links mit deg. Innenmeniskusläsion (MRI vom 26.06.2018) mit gutem Ansprechen auf Infiltration, - chronische Schmerzerkrankung im Sinne einer zentralen Schmerzdysregulation (nach zwei Autounfällen 11/2016 und 06/2017)
- Gastro- und Koloskopie vom 19.08.2019 unauffällig, leichte Gastritis bei Helicobacter pylori

Fachärztliche orthopädische Behandlungen sind ab 2018 nicht ausgewiesen. Es wurde aus orthopädischer Sicht eine Arthroskopie vorgeschlagen bei Innenmeniskusläsion links, wobei die Indikation sich erübrigte nach deutlicher Besserung durch eine Infiltration.

Die Wirbelsäulenbeschwerden sind ohne organisches Substrat, der V. eines neuropathischen Schmerzsyndroms mit Ausstrahlung ins rechte Bein wurde geäußert, eine Schmerztherapie wurde lediglich medikamentös in die Wege geleitet. Der Schwerpunkt wurde auf die Schmerzchronifizierung gelegt, eine psychiatrische Behandlung in die Wege geleitet und keine weiteren orthopädischen Behandlungen vorgeschlagen.

Aus orthopädischer Sicht sind keine dauerhaften austherapierten Gesundheitsschäden ausgewiesen. Die Knie- und Wirbelsäulenbeschwerden sind bei Bedarf einer ambulanten konservativen Behandlung zugänglich, eine regelmässige Physiotherapie wird bisher nicht durchgeführt.

Aktuell werden psychiatrische Diagnosen mit Einfluss auf die AF in den Vordergrund gestellt.

Aus orthopädischer/ somatischer Sicht bestand und besteht keine anhaltende Einschränkung der AF in der angestammten Tätigkeit.

3.14 Eine Rückfrage der IV-Stelle vom 3. September 2020 bei Dr.med. P._____ ergab, dass der Hausarzt die Versicherte letztmals im März 2020 gesehen habe (IV-act. 60).

3.15 Am 7. Oktober 2020 berichtete die Oberärztin Dr.med. AA._____ vom Psychiatrie-Zentrum Y._____, dass sich die Diagnose nicht geändert habe. Der psychische Zustand der Versicherten habe sich seit dem letzten Bericht vom 29. Januar 2020 leicht gebessert. Am 5. Oktober 2020 habe nach fast 8 Monaten Unterbruch aufgrund der Corona-Situation wieder ein Termin stattgefunden. Die Versicherte wirke viel weniger durch die Schmerzen beeinträchtigt zu sein, konzentrierter und entspannter. Sie berichte über ständige Müdigkeit, Antriebslosigkeit und Schlafstörungen. Aktuell arbeite sich weiterhin zu 20% in der Reini-

gungsfirma und zusätzlich einen Tag temporär als Aushilfe bei einem Grossverteiler (IV-act. 61).

3.16 Am 19. November 2020 nahm der RAD-Psychiater Dr.med. D._____ folgende Beurteilung aus psychiatrischer Sicht vor (IV-act. 64).

Es ist keine psychische Erkrankung ausgewiesen, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Die im Bericht des Psychiatrie-Zentrums Y._____ vom 19.08.2019 beschriebene Diagnose PTBS ist nicht valide (Traumakriterium gemäss ICD 10 nicht erfüllt/ vgl. auch Stellungnahme vom 07.05.2020). 10/2020 hat die Versicherte [die Behandlung] nach längerem Unterbruch von fast 8 Monaten gemäss Bericht vom 07.10.2020 wieder aufgenommen. Das Zustandsbild wird leicht gebessert beschrieben. Keine Änderung der Diagnose. Es sei keine AUF attestiert worden. Duloxetine wurde abgesetzt. Es erfolgt eine minimale Behandlung mit Relaxane 2-3 Drg pro Tag.

3.17 Dr.med. E._____ fasste seine Beurteilung am 26. November 2020 wie folgt zusammen (IV-act. 65):

Bei der Versicherten sind weiterhin aus somatischer Sicht keine Gesundheitsschäden mit dauerhafter Auswirkung auf die AF in der angestammten Tätigkeit ausgewiesen. Die orthopädischen Diagnosen sind bei Bedarf einer ambulanten Behandlung zugänglich (Physiotherapie für die WS, ev. arthroskopische Sanierung der Innenmeniskusläsion).

Diagnosen mit Auswirkung auf die AF wurden nach gastroenterologischer und kardiologischer Abklärung nicht ausgewiesen.

Es wird auch keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die AF attestiert. Eine befristete AUF ist allenfalls im Rahmen der Rehabilitation nach dem Unfall 2016 nachvollziehbar für die Dauer von 4 Monaten. Weitere AUFs sind weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht begründbar.

3.18 Aus all diesen medizinischen Angaben gelangte die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2021 zum Ergebnis, dass weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht ein Gesundheitsschaden mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (bzw. Einschränkung der Arbeitsfähigkeit) ausgewiesen sei. Die orthopädischen Diagnosen seien bei Bedarf einer ambulanten Behandlung zugänglich (IV-act. 68).

4.1 In der vorliegenden Beschwerde wird dagegen ausschliesslich eingewendet, dass die Untersuchungen "im Bereich des Kopfes und der Halswirbelsäule/ Nerven" noch nicht abgeschlossen seien. Es wurde die Einreichung von weiteren Unterlagen (von Prof. Dr. AG._____, Spital Q._____, sowie vom Hausarzt Dr.med. P._____) in Aussicht gestellt.

4.2 Aus diesen Vorbringen der Beschwerdeführerin ist nicht zu entnehmen, dass sich hinsichtlich der Anwendung der gemischten Methode und des Anteils

der Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall seit der letzten Leistungsprüfung (Erw. 2.1 bis 2.6) etwas geändert habe. Namentlich bringt die Beschwerdeführerin auch nicht ansatzweise vor, dass sie im Vergleich zur früheren Leistungsprüfung im Haushaltbereich anders bzw. stärker beeinträchtigt sei. Auch zum Anteil der Erwerbstätigkeit (aktuell und im Gesundheitsfall) wird nichts geltend gemacht. Es ist denn auch nach der Aktenlage nicht ersichtlich, von welcher Änderung auszugehen wäre.

Damit beschränkt sich in der Folge die gerichtliche Prüfung auf die Fragestellung, ob (im Vergleich zur ersten Leistungsprüfung) von einer relevanten Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen ist, welche sich auf den zumutbaren Arbeitsfähigkeitsgrad auswirkt.

4.3 Auch nach der Zustellung des Antrages der Vorinstanz vom 22. März 2021 (wonach die Beschwerde abzuweisen sei) hat die Beschwerdeführerin nicht reagiert und keine weiteren medizinischen Berichte eingereicht (obwohl in der Beschwerde die Nachreichung von medizinischen Unterlagen thematisiert wurde). Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, "für weitere Auskünfte kontaktieren Sie" zwei namentlich erwähnte Ärzte, welche offenbar die Versicherte aktuell behandeln, drängen sich folgende Bemerkungen auf. Was den Hausarzt Dr.med. P._____ anbelangt, hat die Vorinstanz am 3. September 2020 bei diesem Arzt hinsichtlich des weiteren Verlaufs nachgefragt mit dem Ergebnis, wonach letzterer die Versicherte seit 5 Monaten nicht mehr gesehen hatte (IV-act. 60), mithin in dieser Zeitspanne keine Konsultationen bzw. Behandlungen bei diesem Arzt stattfanden. Es wäre nun Sache der Versicherten gewesen darzulegen, dass zwischenzeitlich eine Veränderung stattgefunden habe bzw. eine Behandlung (mit neuen Aspekten) erneut aufgenommen wurde. Es ist (entgegen der sinn gemässen Auffassung der Beschwerdeführerin) nicht Sache des Gerichts danach zu forschen, inwiefern zusätzlich zur von der Vorinstanz abgeklärten Aktenlage noch eine relevante Veränderung eingetroffen sein könnte. Analoges gilt auch für den in der Beschwerde erwähnten Prof. Dr. AG._____, zumal von der Beschwerdeführerin dazu nichts angeführt wurde, namentlich auch nicht, wann dieser Professor erstmals konsultiert wurde und welche Abklärungen sowie Behandlungen dieser Arzt vorgenommen hat (etc.). Soweit es um medizinische Handlungen geht, welche erst nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2021 aufgenommen wurden, wäre eine in diesem Zusammenhang stehende Verschlechterung ohnehin nicht im vorliegenden Gerichtsverfahren, sondern im Rahmen einer Neuanschuldung bei der Vorinstanz zu behandeln.

4.4 Bei dieser konkreten Sachlage sieht sich das Gericht weder veranlasst, die von der Vorinstanz getroffenen medizinischen Abklärungen zu beanstanden,

noch diesbezüglich die dazu vorgenommenen Beurteilungen der beiden RAD-Ärzte Dres. D._____ und E._____ (siehe vorstehend, Erw. 3.15 und 3.17) hier in Frage zu stellen. Denn bereits bei der ersten Leistungsprüfung standen hinsichtlich der Schmerzen (im HWS-/Rückenbereich) mit geringem organischen Korrelat insbesondere psychosoziale Probleme im Vordergrund (vgl. Erw. 2.2), was sich im weiteren Verlauf nicht grundlegend verändert hat. Hinsichtlich der orthopädischen Diagnosen (namentlich der Gonarthrose) wurde vom RAD-Arzt Dr.med. E._____ überzeugend darauf hingewiesen, dass diesbezüglich (zumutbare) ambulante Behandlungen möglich sind (Physiotherapie, gegebenenfalls eine arthroskopische Sanierung der Meniskusläsion), welche letztlich der Annahme einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit entgegenstehen (IV-act. 65).

Sodann leuchtet die nach Massgabe der vorliegenden Akten vorgenommene Schlussfolgerung des RAD-Psychiaters ein, wonach die angesprochene PTBS-Diagnose nicht gegeben ist. Denn eine solche Störung sollte nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist (vgl. Horst Dilling/ Werner Mombour/ Martin H. Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, IC-10 Kapitel V (F), 10. Überarbeitete Auflage, Diagnostische Leitlinien zu F43.1 posttraumatische Belastungsstörung, S. 208). Ein solches traumatisierendes Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere ist den vorliegenden Akten nicht zu entnehmen, zumal die angesprochenen Verkehrsunfälle (7.11.2016 und 15.6.2017) von der Versicherten nicht näher erläutert wurden. Was den ersten Verkehrsunfall anbelangt, ist aktenkundig, dass die AH._____ Versicherungsgesellschaft den betreffenden Fall am 26. April 2017 und mithin in weniger als einem halben Jahr abschliessen konnte (vgl. Fremdakten 3-1/7; siehe auch Fremdakten 4-1/19, wonach im MRI vom 12.1.2017 bezüglich der HWS Distorsion nur "leichte degenerative Veränderungen" beschrieben wurden, welche innerhalb von 1 bis 3 Monaten folgenlos abheilen; siehe auch den Ablauf der Auffahrkollision in Fremd-akten 5-1/4 i.V.m. der geringen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung beim Heckanstoss von maximal 6 km/h nach Massgabe der Unfallanalyse in Fremdakten 6).

Beim zweiten Verkehrsunfall vom 15. Juni 2017 wurde das Fahrzeug, in welchem die Versicherte auf der Rückbank sass, auf der Autobahn bei Bern seitlich touchiert (bei einer Geschwindigkeit von 80 km/h). Die anschliessend im Al._____ vorgenommenen Abklärungen mit Bildgebung/ CT ergaben Schmerzen thorakal sowie am Rücken; direkte Traumafolgen konnten radiologisch ausgeschlossen werden; die Versicherte wurde am gleichen Tag nach den erwähnten Untersuchungen nach Hause entlassen (Fremdakten 8-15ff./35). Bei der Nachuntersuchung vom 19. Juni 2017 erwähnte Dr.med. AJ._____

(AK. _____), dass nach dem Unfall vom 16. Juni 2017 in Bern ein "Komplettcheck ohne pathol. Befund" vorgenommen worden sei; dieser Arzt diagnostizierte eine "HSW/LWS Prellung mit multiplen Hämatomen" (Fremdakten 8-12/35 unten und 8-13/35 oben). Aus diesen Angaben zum zweiten Unfallhergang kann kein traumatisches Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere abgeleitet werden.

Abgesehen davon ist nach der Aktenlage unbestritten, dass die Aufnahme einer ambulanten psychiatrischen Behandlung erst am 13. März 2019 und mithin rund 21 Monate nach dem zweiten Verkehrsunfall (vom 15.6.2017) erfolgte, womit der in den erwähnten diagnostischen Leitlinien (ICD-10 F43.1) enthaltene Zeitraum von 6 Monaten klar überschritten worden ist. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass das Psychiatrie-Zentrum, welches die Versicherte ambulant behandelt, im Bericht vom 7. Oktober 2020 (und mithin 3 ½ Monate vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27.1.2021) einen verbesserten Zustand der Versicherten trotz eines Corona-bedingten Behandlungsunterbruchs von rund 8 Monaten erwähnte (vgl. IV-act. 61).

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

Der Ehemann der Beschwerdeführerin hatte am 22. Februar 2021 telefonisch um unentgeltliche Rechtspflege ersucht, weshalb gleichentags der Beschwerdeführerin das Formular "Auskünfte zur Erlangung der unentgeltlichen Rechtspflege" zugestellt wurde. Im eingeschriebenen versandten Begleitschreiben wurde darauf hingewiesen, dass dieses Gesuch mit den erforderlichen Beilagen dem Gericht bis zum 18. März 2021 einzureichen sei und dass im Säumnisfall auf das Begehren um unentgeltliche Rechtspflege nicht eingetreten werde. Innert der angesetzten Frist reichte die Beschwerdeführerin keine Angaben zur finanziellen Lage ein, weshalb androhungsgemäss keine unentgeltliche Rechtspflege gewährt werden kann.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
2. Auf das Begehren um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege wird nicht eingetreten.
3. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Auslagen) festgelegt und der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie hat einen Kostenvorschuss in gleicher Höhe bezahlt, so dass die Rechnung ausgeglichen ist.
4. 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).
5. Zustellung an:
 - die Beschwerdeführerin (R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. April 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. April 2021