

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2021 81

Entscheid vom 8. Juli 2022

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt MLaw B._____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. ____1960, verheiratet seit 1982, Mutter von 2 zwischenzeitlich erwachsenen Kindern) hat in C._____ (Bosnien/ Herzegowina) eine Ausbildung als Lehrerin absolviert. Seit 1991 lebt sie in der Schweiz, seit 2010 verfügt sie über das Schweizer Bürgerrecht. Von Februar 1996 bis 2015 arbeitete sie als Einrahmerin für die D._____ (IV-act. 10). Am 29. Juni 2015 unterzeichnete sie eine Anmeldung für IV-Leistungen; die gesundheitlichen Beeinträchtigungen umschrieb sie mit "Wirbelsäule (Hals, Lenden, Rücken)/ Venenleiden/ Depression" (IV-act. 1). Am 10. August 2015 erfolgte ein Abklärungsgespräch (IV-act. 13).

B. Die IV-Stelle veranlasste eine interdisziplinäre Begutachtung (IV-act. 21). Am 1. April 2016 erstattete das E._____ ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 30). Gestützt darauf forderte die IV-Stelle die Durchführung einer stationären psychiatrischen Behandlung (IV-act. 43-6/6; 48). Vom 18. August 2017 bis 5. Oktober 2017 hielt sich A._____ zum zweiten Mal in der Psychiatrischen Klinik in F._____ auf (IV-act. 63). Die RAD-Psychiaterin Dr.med. univ. Dr.phil. G._____ erachtete ein neues Gutachten als nötig (IV-act. 68). Das Gutachten der ausgelosten Gutachterstelle H._____ ging am 22. August 2019 ein (vgl. IV-act. 82). Mit Vorbescheid vom 16. Oktober 2019 kündigte die IV-Stelle an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 86). Nach Einwänden (IV-act. 87, 90) erfolgte eine Rückfrage an die Gutachterstelle, welche am 24. September 2020 beantwortet wurde (IV-act. 100).

C. Am 12. Oktober 2020 verfügte die IV-Stelle, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 102). Dagegen erhob A._____ am 13. November 2020 beim Verwaltungsgericht Beschwerde mit dem Hauptbegehren, wonach ihr eine ganze IV-Rente zuzusprechen sei (IV-act. 105).

Am 14. Dezember 2020 hat die IV-Stelle die angefochtene Verfügung widerrufen und darauf hingewiesen, dass der Leistungsanspruch nochmals geprüft werde (IV-act. 108). Daraufhin hat der zuständige Einzelrichter des Verwaltungsgerichts mit Entscheid I 2020 99 vom 18. Dezember 2020 das Beschwerdeverfahren als gegenstandslos geworden am Protokoll abgeschrieben.

D. In der Folge gingen weitere medizinischen Unterlagen ein. Die Gutachterstelle H._____ wurde um eine weitere Stellungnahme ersucht (IV-act. 124). Nach einer Beurteilung der medizinischen Aktenlage durch die Fachärztin I._____ (RAD Zentralschweiz, IV-act. 128) kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 11. August 2021 an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act.

132). Daraufhin folgten am 13. September 2021 Einwendungen von A. _____ (IV-act. 135). Mit Verfügung vom 10. November 2021 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch auf eine IV-Rente (IV-act. 137).

E. Gegen diese am 12. November 2021 eingegangene Verfügung erhob A. _____ rechtzeitig am 13. Dezember 2021 beim Verwaltungsgericht Beschwerde mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 13.12.2021 [recte 10.11.2021] sei aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Vernehmlassung vom 18. Januar 2022 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Mit Replik vom 10. März 2022 nahm die Beschwerdeführerin zur Vernehmlassung der Vorinstanz Stellung. Dazu äusserte sich die IV-Stelle in einer Eingabe vom 28. März 2022.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1.1 Nach Art. 4 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG; SR 831.20) in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz 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.

1.1.2 Der Gesetzgeber hat mit der Gesetzesrevision "Weiterentwicklung der IV" (WE IV) bzw. den Änderungen des IVG vom 19. Juni 2020, welche per 1. Januar 2022 in Kraft getreten sind, ein neues, stufenloses Rentensystem eingeführt. Mit diesem Wechsel wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in

prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen (vgl. Erw. 1.1.1 in fine). Allerdings wird das stufenlose Rentensystem auf Rentenansprüche angewendet, die ab dem 1. Januar 2022 neu entstehen. Rentenansprüche, die vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, werden noch nach altem Recht zugesprochen (vgl. die Übergangsbestimmungen zur IVG-Änderung vom 19. Juni 2020; Kreisschreiben über die Übergangsbestimmungen zum Rentensystem im Rahmen der WE IV).

1.1.3 Im konkreten Fall ging die IV-Anmeldung im Juli 2015 ein. Nach der Aktenlage ist streitig, ob und gegebenenfalls inwiefern schon vor dem 1. Januar 2022 ein Rentenanspruch entstanden ist. Bei dieser Sachlage sind Höhe und Dauer des allfälligen Rentenanspruchs grundsätzlich nach dem bisherigen Recht (und nicht nach dem neuen, seit dem 1. Januar 2022 geltenden Recht) zu bestimmen.

1.2 Der Invaliditätsgrad bestimmt sich nach 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 die Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets 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).

1.3 Die Invalidität bemisst sich somit 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).

1.4 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 korrelier-

ren 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).

1.5.1 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).

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

1.5.3 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).

1.5.4 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. Urteil des Bundesgerichts 9C_437/2012 vom 6.11.2012 Erw. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Ar-

beitsfähigkeit 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 begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 Erw. 4).

1.5.5 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb; Urteil des Bundesgerichts 9C_278/2016 vom 22.7.2016 Erw. 3.2.2).

1.6.1 Für die Festsetzung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Leiden definiert das strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und allfälliger Kompensationspotentiale (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (Urteil des Bundesgerichts 8C_213/2020 vom 19.5.2020 Erw. 4.1 mit Verweis auf BGE 141 V 281 Erw. 2 S. 285 ff., Erw. 3.4-3.6 und 4.1 S. 291 ff.). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung in ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren, die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 Erw. 5.2 S. 306 f.).

1.6.2 Mit BGE 145 V 215 hat das Bundesgericht vor dem Hintergrund der Rechtsprechung zur Ausdehnung des strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 auf sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 409 und 418) und nach vertiefter Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen der Medizin die bisherige Rechtsprechung, wonach primäre Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen zum vornherein keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschäden darstellen können und ihre funktionellen Auswirkungen deshalb keiner näheren Abklärung bedürfen, fallen gelassen (Erw. 5.3.3). Es hat entschieden, dass fortan - gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen - nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln sei, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyn-

drom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirke. Dabei kann und muss im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden (Erw. 6.3). Diesem komme nicht zuletzt deshalb Bedeutung zu, weil bei Abhängigkeitserkrankungen - wie auch bei anderen psychischen Störungen - oft eine Gemengelage aus krankheitswertiger Störung sowie psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorliege. Letztere seien auch bei Abhängigkeitserkrankungen auszuklammern, wenn sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen würden. Weiter wird im Urteil festgehalten, dass auch bei Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms die Schadenminderungspflicht (Art. 7 IVG) zur Anwendung komme, so dass von der versicherten Person etwa die aktive Teilnahme an zumutbaren medizinischen Behandlungen verlangt werden könne (Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG). Komme sie den ihr auferlegten Schadenminderungspflichten nicht nach, sondern erhalte sie willentlich den krankhaften Zustand aufrecht, sei nach Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG eine Verweigerung oder Kürzung der Leistungen möglich (Urteil des Bundesgerichts 8C_213/2020 vom 19.5.2020 Erw. 4.2).

1.7 Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 676/05 vom 13.3.2006 Erw. 2.4 mit Hinweisen).

1.8 Gelangt der Rechtsanwender nach der Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen (Erw. 1.4ff.), ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (BGE 141 V 281 Erw. 5.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1.12.2017 Erw. 4.2.5 m.H.).

1.9 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 Verwaltungs-

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

1.10 Im Übrigen beschränkt sich der gerichtliche Überprüfungszeitraum grundsätzlich auf den Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: Verfügung vom 10.11.2021) verwirklicht hat. Die rechtsanwendenden Behörden haben aber spätere Berichte und Dokumente in die Beurteilung miteinzubeziehen, sowie sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verfahrens gegebene Situation erlauben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_503/2021 vom 18.11.2021 Erw. 4.1 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 121 V 362 Erw. 1b; Urteile 9C_534/2018 vom 15.2.2019 Erw. 2.1 und 8C_71/2017 vom 20.4.2017 Erw. 8.3).

2. Was die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Versicherten sowie die Auswirkungen auf das verbliebene (zumutbare) Leistungsvermögen anbelangt, sind den vorliegenden Akten u.a. die folgenden Angaben zu entnehmen.

2.1.1 In einem Bericht vom 2. Juni 2000 (an die damalige Hausärztin der Versicherten, Dr.med. J. _____) führte die Fachärztin Dr.med. K. _____ (Physikalische Medizin FMH, spez. Rheumaerkrankungen, _____) u.a. aus, dass die (damals 40-jährige) Versicherte als Arbeiterin eines Einrahmungsbetriebes an einem cervico-brachialen Syndrom links leide, welches durch ihre Arbeit provoziert werde; bei ausgeprägter erosiver Osteochondrose C5-C7 mit vorderer und hinterer Spondylose liege eine cervicospondylogene Symptomatik mit möglicher radikulärer Reizung vor (IV-act. 9-15/25).

In einem weiteren Bericht vom 19. Juli 2000 ergänzte diese Fachärztin, dass eine subacromiale Infiltration nach Neer lediglich eine leichte Besserung der Beschwerden gebracht habe; die Versicherte bedürfe weiterhin Analgetika (IV-act. 17-25).

2.1.2 Am 18. April 2015 berichtete der Hausarzt der Versicherten, Dr.med. L. _____ (Facharzt Allgemeinmedizin D, _____) dem Krankenversicherer (M. _____) unter anderem, dass die Versicherte seit längerem an rezidivierenden Venenbeschwerden und Stauungsödemen am linken Bein bei überwiegend stehender Tätigkeit (und Stammvarikosis links) leide. Am 28. Januar 2015 sei die Versicherte ambulant am Spital N. _____ operiert worden (mit Ausschaltung Vena saphena magne und lokaler Konvolutexhalrese). Postoperativ persistierten subcutane Hämatome, Thrombophlebitis, was zu einer Revisionsoperation am 1. April 2015 geführt habe; aktuell sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit bei OP-Komplikation und rezidivierenden Beschwerden aus-

zugehen. Zudem liege eine akute reaktiv-depressive Reaktion bei akuter, krankheitsbedingter und überraschender Kündigung durch den Arbeitgeber vor (Fremdakten 1-25/26).

2.1.3 Vom 10. Juni 2015 bis 15. Juli 2015 hielt sich die Versicherte in der O. _____ auf. Im Austrittsbericht wurde eine mittelschwere bis schwere depressive Episode vor dem Hintergrund einer Persönlichkeit mit selbstunsicheren, abhängigen und paranoiden Zügen diagnostiziert, bestehend seit 10 Jahren. Zudem wurde auf ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom bei/mit Spondylarthrose und Spinalstenose L4/L5, funktioneller Störung der HWS und LWS mit Faszienstörungen und muskulärer Dysbalance sowie einem komplexen Schmerzsyndrom mit Schmerzverarbeitungsstörung verwiesen (Fremdakten 2-4/53 unterhalb der Mitte i.V.m. IV-act. 15-1/4; siehe auch IV-act. 17-18/22). Sodann bescheinigte Dr.med. P. _____ von der O. _____ eine verminderte Leistungsfähigkeit (IV-act. 15-3/4 Ziff. 1.7 in fine).

2.1.4 Mit der IV-Anmeldung ging bei der IV-Stelle am 7. Juli 2015 ein Bericht von Dr.med. Q. _____ (Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, _____) vom 27. Mai 2015 ein mit den folgenden Diagnosen (IV-act. 3-1/3):

- Zervikalgie mit linksseitiger möglicher radikulärer Symptomatik im C6- bzw. C7-Distributionsgebiet bei Osteochondrose C5/6 mit leichtgradig foraminalen Engen C5/6 beidseits, Kyphosestellung auf Höhe C5/6;
- Tieflumbale Beschwerdesymptomatik bei Chondrose L3-S1, insbesondere Spinalkanalenge L4/5 aufgrund der Spondylarthrose mit entsprechender rezessaler Enge der Wurzel L5 beidseits.

Hinsichtlich der Anamnese wurde im Arztbericht u.a. ausgeführt, die Beschwerden im Nacken seien oftmals belastungsabhängig und würden dann in die rechte untere Extremität ausstrahlen; diese abstrahlende Symptomatik sei vor allem mit Beschwerden im Sinne von Schmerzen verbunden, nicht mit einem sensomotorischen Defizit. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit wurde in diesem Bericht nicht Stellung genommen (IV-act. 3).

2.1.5 In einem Bericht vom 23. Juli 2015 an die IV-Stelle diagnostizierte Dr.med. R. _____ (Facharzt Orthopädie, Akupunktur, Chirotherapie, _____), welcher die Versicherte seit November 2006 ambulant behandelt, ein chronisches Schmerzsyndrom der HWS und LWS bei mehrsegmentalen Bandscheibenpathologien in der HWS und LWS. Dieser behandelnde Arzt hielt im erwähnten Bericht fest, dass von seiner Seite keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden sei (IV-act. 9-1f./25).

2.1.6 Dr.med. S._____ (Fachärztin für Psychiatrie u. Psychotherapie, _____) stellte in ihrem Bericht vom 27. Juli 2015 an den Krankenversicherer folgende Diagnosen (IV-act. 12-3/4):

Mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD 10 F32.11)
Panvertebrale chronische Rückenschmerzen
Arterielle Hypertonie
Hypothyreose, substituiert

In ihrer Beurteilung führte die behandelnde Psychiaterin u.a. aus, die Versicherte sei aktuell und auf absehbare Zeit psychisch nicht belastbar, eine Rückkehr zum bisherigen Arbeitsplatz sei aus psychiatrischer Sicht nicht zu befürworten. Die Prognose sei eher schlecht, die Versicherte leide an einer chronifizierten depressiven Erkrankung, kompliziert durch eine chronische Schmerzsymptomatik. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, wechselbelastenden Tätigkeit sei auf 30% zu veranschlagen (IV-act. 12-3/4).

2.1.7 Der Hausarzt Dr.med. L._____ wiederholte in seinem Bericht vom 15. September 2015 an die IV-Stelle die bereits bekannten Diagnosen. Zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit äusserte er sich wie folgt (IV-act. 17-2/22):

Auf Dauer 60% AU für alle psychisch beanspruchenden Tätigkeiten unter Zeitdruck, Leistungsdruck und hoher geistiger Anforderung; rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche; depressive Erschöpfung und Affektlabilität; somatisch rezid. HWS- und Schulterarmbeschwerden, LWS-Beschwerden mit bds. Ausstrahlung;
Deutlich reduzierte somatische und psychische Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit; nur leichte Tätigkeit bis 40% in Wechselbelastung bis 4h/ Tag, mit eingeschränkter Hebe-/Tragebelastung; ohne Stress, Zeitdruck und ohne hohe Konzentrationsanforderung möglich.

2.2 Im Auftrage des Krankenversicherers (M._____) nahmen drei Fachärzte eine medizinische Beurteilung der Versicherten vor.

2.2.1 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 21. Januar 2016 stellte Dr.med. T._____ (FMH Psychiatrie & Psychotherapie, zertif. med. Gutachter SIM, _____) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Fremdakten 2-45f./53):

1. Anhaltende mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10 F32.11/2)
2. DD: Depressive Reaktion/ Anpassungsstörung auf die Kündigung (ICD-10 F43.21)
3. Anhaltende narzisstische Kränkung auf Kündigung ("Verbitterungs-Syndrom") (ICD-10 F43.239)
4. Psychophysischer Erschöpfungszustand (ICD-10 Z73.1/ Z56)
5. Organische depressive Störung durch Hypothyreose (ICD-10 F06.329)
6. Akzentuierte selbstunsichere und aufopfernde (abhängige) Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

7. DD. Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren und abhängigen Zügen (ICD-10 60.7)
8. Somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) bei
9. chronischem panvertebralen Rückenschmerzen bei degenerativen HWS- und LWS-Syndrom (siehe orthopäd. Teilgutachten Dr. U._____).

In seiner Beurteilung führte dieser Gutachter u.a. aus, dass die subjektiv beklagten Beschwerden weitgehend objektiviert werden können. Grundsätzlich könne mit einer Besserung der Gesundheitsschädigung gerechnet werden, da es sich um eine (durch die Kündigung) reaktiv ausgelöste Depression handle. Aufgrund des bisherigen Verlaufs sei die Prognose jedoch verhalten, da die Versicherte ein massives passives Coping (Bewältigungsstrategie) mit ausgeprägtem selbstlimitierendem Schon- und Vermeidungsverhalten zeige (Fremdakten 2-50/53). Bei anhaltendem Zustandsbild und verzögerter Heilungstendenz müsse eine ganztägige Aufnahme in eine Tagesklinik überlegt werden, zudem sei eine Erhöhung der antidepressiven Medikation in Erwägung zu ziehen. Allenfalls käme eine stationäre psychosomatische Rehabilitation in Frage zum Erlernen eines aktiven Copings der somatoformen Probleme (Fremdakten 2-51/53 oben).

2.2.2 Im orthopädischen Teilgutachten (ebenfalls vom 21.1.2016) stellte Dr.med. U._____ (FMH Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zertif. Gutachterin SIM) folgende Diagnosen (Fremdakten 2-29/53):

1. Chronisch rezidivierende Beschwerden der Wirbelsäule bei degenerativen Veränderungen an HWS und LWS ohne sicheren Anhalt auf ein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit;
2. Fehlstatik der Wirbelsäule, Haltungsinsuffizienz, muskulärer Hartspann und deutlich verschmächtigte Rumpfmuskulatur bei einem Übergewicht von derzeit etwa 20 kg;
3. Status nach Fraktur rechtes Ellenbogengelenk in der Kindheit, klinisch zeigt sich eine Deformität radial
4. Epidonylitis humeri ulnaris links
5. Schmerzen bei dorsoradialen Ganglion links.

In ihrer Beurteilung führte diese orthopädische Fachärztin u.a. aus, die Versicherte scheine auf Schmerzen der linken Körperseite fixiert zu sein. Die orthopädischen Beschwerden hätten keinen Einfluss auf die aktuell bestehende, psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit, indessen solle diese Zeit für eine orthopädische Therapie genutzt werden. Durch aktive Massnahmen, anfangs Physiotherapie zur Stärkung der kleinen Haltemuskulatur, später MTT zur Stärkung der Bewegungsmuskulatur mit Übergang in Freizeitsport sowie nach einer deutlichen Gewichtsabnahme sollte sich eine deutliche Stabilisierung des Gesundheitszustandes für die noch verbleibenden Jahre der Erwerbstätigkeit ergeben (Fremdakten 2-29ff./53).

2.2.3 Der neurologische Facharzt Dr.med. V._____ stellte in seinem Teilgutachten vom 3. März 2016, welches auf den vorhandenen Akten und Untersuchungen vom 25. sowie 29. Januar 2016 basiert, folgende neurologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Fremdakten 2-16/53):

1. Links betontes panvertebrales und zerviko-brachiales Syndrom
2. Pseudoradikuläres lumbo-vertebrales Syndrom

Zudem verwies er u.a. auf die Diagnose von Dr.med. T._____, wonach die Versicherte an einer anhaltenden depressiven Episode, klinisch mittel- bis schwergradig leide. In seiner Beurteilung und Beantwortung der Fragen des Krankenversicherers führte dieser Neurologe u.a. aus (Fremdakten 2-20ff./53):

4. Können die subjektiv beklagten Beschwerden objektiviert werden?

Teilweise, ja. Es bestehen myofasziale Befunde am Nacken und Rücken, deren Intensität und Ausprägung erfahrungsgemäss zwar fluktuieren, jedoch eine gleichbleibende Körperregion betreffen. (...)

5. Behandlungsverlauf und Prognosen?

Es handelt sich um einen langwierigen Verlauf ohne durchschlagenden Behandlungserfolg. Eine umfassende somatische Erklärung dafür lässt sich nicht zufriedenstellend formulieren. Die oben erwähnte physiologische Fehladaptation des Nervensystems resultiert aus multiplen Einflüssen. Im Vordergrund stehen die psychischen Störung mit somatischen Begleiterscheinungen. Die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule spielen ebenfalls, wenn auch eine untergeordnete Rolle.

6. Kann noch mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung gerechnet werden? Wenn ja, welche Massnahmen schlagen Sie vor?

Aus neurologischer Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit. Die Beschwerden können mindestens teilweise einem organischen Substrat, nämlich den degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule zugeordnet werden. Sie dauern seit Jahren und haben trotz therapeutischem Einsatz von Fachärzten verschiedener Richtung nicht zu einer wesentlichen Besserung geführt. Die Degeneration der HWS wird fortschreiten und daher als Quelle von Schmerzen und Funktionseinschränkungen bestehen bleiben. Die vorgeschlagenen physikalischen und medikamentösen Massnahmen wirken beschwerdelindernd aber nicht heilend.

Die im Fachgutachten vom 21.01.2016 vorgeschlagene psychiatrische Behandlung kann eine erhebliche Zustandsbesserung hervorrufen. Sollte dies gelingen, darf auch mit einem bessern Umgang mit den Beschwerden gerechnet werden. (...)

7. Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit

a) Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Frau ... in der beruflichen Tätigkeit als "Einrahmerin" unter Berücksichtigung des bisherigen Arbeitspensums von 100%? Grad, Dauer und Prognosen?

Die Arbeit ist ihr nicht mehr zumutbar.

8. Arbeitsfähigkeit in einer anderen Tätigkeit

a) In welchen Tätigkeiten (z.B. Computerarbeiten, Bestellungen aufnehmen, einkassieren, Heben/Tragen, Körperstellung/ Beweglichkeit etc.), unabhängig von der beruflichen Tätigkeit vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit), ist Frau ...

eingeschränkt? In welchem Umfang (Zeit, Leistung) in Bezug auf ein volles Pensum? Begründung?

Frau ... sollte keine Tätigkeiten ausüben, die häufiger als selten (bis ½ Std. pro Arbeitstag) eine leichte bis mittelschwere Körperbelastung (10 bis 15 kg) übersteigen, und solche die wiederholt bis 30 Minuten ein Haltungsverharren des Oberkörpers mit vorgehaltenen Armen erfordern. Frau ... sollte nicht häufig exzentrische Körperhaltungen (Vorneigen, Seitneigen, Bücken, Knien, etc.) einnehmen oder Treppen begehen müssen. Solche Haltungen oder Belastungen sind dem Ausmass der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und dem Schmerzsyndrom nicht mehr angepasst. Tätigkeiten in Durchzug sind nicht zu empfehlen, da sie erfahrungsgemäss chronische Weichteilschmerzen verstärken.

b) Welche Tätigkeiten (z.B. Computerarbeiten, Bestellungen aufnehmen, einkassieren, Heben/Tragen, Körperstellung/ Beweglichkeit etc.), unabhängig von der beruflichen Tätigkeit vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit, sind Frau ... heute noch zumutbar? In welchem zeitlichen Ausmass und mit welcher Leistung (Rendement), je in Bezug auf ein volles Pensum? Welche gesundheitlichen Einschränkungen belasten dabei die Leistungsfähigkeit und in welcher Art und Weise? Begründung?

Frau ... sind körperlich sehr leichte Tätigkeiten anfänglich zu 50%, schrittweise jedoch bis 100% zumutbar, sofern sie ihre angestammten Fähigkeiten und Fertigkeiten berücksichtigen. Es ist mit einer Leistungsminderung durch frühzeitige Ermüdung und vermehrter schmerzbedingter Pausen bis 20% zu rechnen. Körperbelastungen bis 10 kg sind ihr vereinzelt und für kurze Zeit (maximal 30 Minuten) ohne Unterbruch zumutbar. Rasche Rumpfbewegungen oder rasches Gehen und Treppensteigen sind schmerzbedingt nicht möglich. Arbeiten unter klimatischem Stress (Hitze, Kälte, Lärm etc.) sind schmerzbedingt und wegen verstärkter Ermüdung (besonders Lärm) nicht geeignet, jedoch kurz und vereinzelt zumutbar. Diese Beurteilung gilt ab dem Zeitpunkt der Begutachtung. Die psychiatrisch attestierte gegenwärtige Arbeitsunfähigkeit auch in angepassten Tätigkeiten ist dabei nicht berücksichtigt.

9. Soziales Umfeld? Welche nichtmedizinischen Probleme beeinträchtigen die Arbeitsfähigkeit?

Die Frage ist psychiatrisch vollständig zu beantworten. Aus der Anamnese lässt sich eine Rückzugstendenz und dadurch bedingte soziale Isolierung ableiten.

2.3.1 Im Auftrage der IV-Stelle erstattete die ausgeloste Gutachterstelle W. _____ am 1. April 2016 ein polydisziplinäres Gutachten, an welchem folgende Fachärzte mitwirken (IV-act. 30-41f./71):

- Dr.med. X. _____ (Orthopädie FMH/ zertif. med. Gutachter SIM)
- Dr.med. Y. _____ (Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, zertif. Sachverständiger _____)
- Dr.med. Z. _____ (Innere Medizin FMH)

2.3.2 Diese Fachärzte stellten im polydisziplinären Konsens folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 30-39/71):

- Pseudocervicobrachialgie links bei Diskushernie C4/5 und C5/6 mit Osteochondrose C5/6 und C6/7 ohne neurale Kompression

- Mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom, bestehend seit etwa 4/2015, ICD10 F32.11.

Unter Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter was folgt auf (IV-act. 30-39f./71):

- Pseudolumboischialgie links bei leichter Spondylarthrose L2-5 ohne neurale Kompression
- Acromioclaviculargelenksarthrose links
- Senk-/Spreizfüsse
- Adipositas
- Akzentuierte, ängstlich vermeidende, selbstunsichere, abhängige und paranoide Persönlichkeitszüge, ICD-10 Z73.1
- Arterielle Hypertonie
- Hypothyreose
- Status nach Varizenoperation links 2015

2.3.3 Zur Frage der zumutbaren Arbeitsfähigkeit nahmen diese Gutachter wie folgt Stellung (IV-act. 30-40/71):

Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im polydisziplinären Konsens:

Die Arbeitsfähigkeit als Einrahmerin beträgt seit 4/2015 aufgrund der anhaltenden mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom und Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Interessen, der Motivation, der Kontaktfähigkeit und der Dauerbelastbarkeit gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 50% (Arbeitsunfähigkeit 50%).

Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit:

Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Kopfhaltungen sowie Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung können gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit 4/2015 zu 60% (Arbeitsunfähigkeit 40%) zugemutet werden.

Prognostisch führten die Gutachter u.a. aus, die Behandlung der Wirbelsäulenschmerzen bestehe in einer deutlichen Gewichtsreduktion, einem nichtsteroidalen Antirheumatikum anstelle von Tramal sowie Physiotherapie. Die Prognose sei bei Fixierung der Probanden auf die Beschwerden und Aggravationstendenz ungünstig. Aus psychiatrischer Sicht erscheine die Prognose nur begrenzt günstig und trotz ambulanter stationärer und teilstationärer Behandlungen habe keine Besserung des psychischen Zustandsbildes erreicht werden können. Die regelmässige psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung kombiniert mit ausreichend dosierter medikamentöser Therapie sei fortzusetzen (IV-act. 30-40/71).

2.3.4 Die RAD-Psychiaterin Dr.med.univ. Dr.phil. G._____ (FMH Psychiatrie/ Psychotherapie/ dipl. Neuropsychologie) beurteilte am 18. November 2016 das

psychiatrische Teilgutachten von Dr.med. AA._____ (vom 3.3.2016) als mangelhaft; die Diagnose einer mittelgradigen Depression sei bezüglich Schweregrad nicht nachvollziehbar. Dazu führt diese RAD-Psychiaterin u.a. aus (IV-act. 36-4/5):

Wir haben eine Stimmungsproblematik, Antriebsminderung, vage suizidale Gedanken und Schlafstörungen. Das ist alles. Keine Anhedonie, kein Selbstvertrauensverlust, keine Selbstvorwürfe, keine Konzentrationsprobleme und kein Appetitverlust. Das bedeutet: allenfalls handelt es sich um eine leichtgradige depressive Episode. Hier eine mittelgradige depressive Episode anzugeben, ist reichlich abwegig. Klartext: Das verstösst gegen die diagnostischen Kriterien des ICD-10. Was zusätzlich auffällt, sind die Inkonsistenzen bezüglich der Angaben zum bisherigen Krankheitsverlauf, die auch der Gutachter bemerkt hat. (...)

Im Gutachten wird der familiäre Hintergrund wenig ausgeleuchtet. Was ist mit dem Ehemann? Unter Beizug der Akten bezüglich Familienzulagen erkennt man, dass der Ehemann ... 1953 geboren wurde. Es wäre durchaus sinnvoll und notwendig gewesen, die Versicherte bezüglich der weiteren familiären Lebensplanung "eingehend" zu befragen. Auch wissen wir nicht, wann genau die depressive Episode begonnen haben soll. Zudem wird ein demonstratives Gebaren berichtet, das als "Verdeutlichung" eingestuft wird. Hier hätte man sich vom Gutachter mehr epische Breite gewünscht (...).

Fazit: Es gibt eine Reihe essentieller Informationsmängel, die relevante psychiatrische Diagnose ist schlicht nicht nachvollziehbar. Daher ist die 50%ige AUF auch nicht nachvollziehbar (...).

Auf das psychiatrische Gutachten kann nicht abgestützt werden. (...)

2.4.1 Zwischenzeitlich (vor der Beurteilung der RAD-Psychiaterin vom 18. November 2016 des erwähnten psychiatrischen Teilgutachtens vom 3.3.2016, siehe vorstehend) hielt sich die Versicherte vom 12. September 2016 bis zum 3. November 2016 (aufgrund einer Zuweisung der behandelnden Psychiaterin Dr.med. S._____) in der Klinik F._____ auf. Dem Austrittsbericht (Oberarzt AB._____/ lic.phil. AC._____) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (Fremdakten 3-15/18 bzw. IV-act. 40-8/11):

1. Schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2)
2. Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Anteilen (ICD-10: Z73.1)
3. DD: entsprechende Persönlichkeitsstörung
4. Panvertebrales chronisches Schmerzsyndrom

Als Behandlungsziele wurden die Aktivierung von Ressourcen, Förderung der Selbstbehauptungsfähigkeit und Umgang mit vergangenen psychischen Verletzungen aufgeführt (Fremdakten 3-17/18 Mitte). Im Verlaufe des Klinikaufenthaltes habe sich die Stimmung der Versicherten leicht verbessert (Fremdakten 3-17/18 unten). In der Beurteilung führten die Fachpersonen der Klinik aus, auf Symptomebene lasse sich ein schwergradig ausgeprägtes Beschwerdebild feststellen. Weiter fänden sich vor dem Hintergrund kindlich-familiärer Entwicklungs-

bedingen, geprägt durch emotionale Deprivation und ein insgesamt unsicher-gebundenes Milieu Anhaltspunkte für das Vorliegen struktureller Defizite; dies vor allem in den Bereichen der Selbst- und Fremdwahrnehmung, der Gefühlswahrnehmung und -regulation, des Selbstwertes, der Selbstregulation, der emotionalen Kommunikation und der Abwehr. Lebensgeschichtlich erscheine ein Selbstwertkonflikt bedeutsam, welchem die Versicherte kompensatorisch mit einem erhöhten Selbst- und Leistungsanspruch begegnet sei. Gleichzeitig fänden sich dependente Züge mit konfliktvermeidendem Verhalten, eine Tendenz zu altruistischer Aufopferung sowie eingeschränkter Beachtung und Positionierung eigener Grenzen (Fremdakten 3-18/18).

2.4.2 Am 16. November 2016 wurde die Versicherte in der Klinik AD. _____ (Luzern) von Dr.med. AE. _____ (Facharzt für Rheumatologie/ Physikalische Medizin und Rehabilitation) untersucht und beurteilt, welcher folgende Diagnosen stellte (IV-act. 40-3/11):

1. Chronifiziertes Ganzkörperschmerzsyndrom
 - Klassifikationskriterien für eine Fibromyalgie erfüllt
 - bei multiplen nicht somatischen "Kontextfaktoren"
2. Depressive Episode (Diagnose Clenia, Bericht 02.11.2016, Hosp 12.9.16 bis 3.11.16)
 - mit/bei akzentuierten Persönlichkeitszügen mit ängstlich vermeidenden Anteilen
3. Polyarthrose: wahrscheinlich Gonarthrose beidseits, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule (MRI Knie links 16.08.2016, MRI HWS 08.05.2016, MRI LWS 08.05.2016)

In seiner Beurteilung führte Dr.med. AE. _____ u.a. aus, es bestehe eine langjährige, soweit erfassbar im letzten Jahr exazerbierte Schmerzsymptomatik. Die Schmerzschilderung wirke blumig, ausschweigend, fokussiert in praktisch allen grossen Gelenke und in den Rücken. Im rheumatologischen Status dominierte eine ausgeprägte Schmerzhaftigkeit bezüglich aller Untersuchungsgänge, soweit beurteilbar sei die Funktionalität der Gelenke unauffällig. Die Befunde seien über weite Ebenen durch die Schmerzen geprägt und in sich nicht konsistent. Relevante entzündliche Befunde könnten klinisch (und auch labormässig) nicht erfasst werden. Zusammenfassend liege ein generalisiertes Schmerzsyndrom vor. Die Chronifizierung der Schmerzen könne nur zu einem kleinen Teil durch deutlich degenerative Veränderungen, bzw. überwiegend durch "Kontextfaktoren" (wie psychische Komorbidität, multiple weitere Faktoren wie soziodemografische Aspekte, Arbeitsplatzverlust etc.) erklärt werden (IV-act. 40-5/11).

2.5.1 In einem Verlaufsbericht vom 5. Januar 2017 an die IV-Stelle bescheinigte die behandelnde Psychiaterin einen stationären Gesundheitszustand ohne Ände-

rung der Diagnosen. Die aktuellen Befunde wurden u.a. wie folgt zusammengefasst (IV-act. 40-1/11):

Anhaltende depressive Beschwerden in Form von depressiver Grundstimmung, Müdigkeit, Antriebs- und Freudmangel sowie Interessenmangel. Zudem leidet die Patientin an einem ausgeprägten Morgentief mit einer langen Anlaufzeit. Tagsüber leidet sie an einer anhaltenden Anspannung, innerer Unruhe, Nervosität, Schwitzen und Atemnot. Häufig reagiert sie schnell mit Ungeduld, wenn ihr etwas nicht von der Hand gehe. (...)

Punktuell gelang es der Patientin, Freude über Kontakte mit ihren Enkelkindern zu erleben. Diese Freude dauerte jedoch nur kurz, meistens nur stundenweise. Die Patientin verfällt regelmässig in eine Opferhaltung gekennzeichnet durch Hilflosigkeit, Traurigkeit, Verbitterung und Schmerzen. (...)

Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit führte die behandelnde Psychiaterin aus, die Versicherte könnte medizinisch-theoretisch zu 20% einer angepassten Tätigkeit nachgehen (IV-act. 40-2/11 Ziff. 4).

2.5.2 Der Hausarzt Dr.med. L._____ erstattete seinen Verlaufsbericht an die IV-Stelle am 20. Januar 2017 mit folgenden Diagnosen (IV-act. 41-1/47):

1. Chronifiziertes depressives Erschöpfungssyndrom mit psychosomatischer Komponente und Z.n. versteckter Suzidalität
2. Chronifiziertes multifaktorielles Schmerzsyndrom mit Fibromyalgie und fortgeschrittenem, degen. HWS- und LWS-Syndrom
3. art. Hypertonie/ Hypothyreose/ degen. Kniebeschwerden/ Z.n. Varizen-OP

Hinsichtlich Einschränkungen verwies der Hausarzt auf eine rasche mentale und geistige Ermüdung, körperliche Ermüdung, Konzentrationsstörungen, chronisch rezidivierende Ganzkörperschmerzen bei Fibromyalgie und spezifische HWS- und LWS-Beschwerden bei degen. WS-Syndrom; deutlich verminderte Stressbelastbarkeit. Insgesamt ging der Hausarzt von einer erheblich reduzierten körperlichen und psychischen Belastbarkeit um 80% bzw. einer Restarbeitsfähigkeit von 20% für leichte körperliche Tätigkeiten in Wechselbelastung aus (Limite 5 kg, ohne mentalen Stress, ohne Wechsel- oder Nachtschicht, nicht in Nässe oder Kälte, keine erhöhte Lauf-, Geh- und Stehbelastung, vgl. IV-act. 41-2/47 unten).

2.6.1 Die RAD-Psychiaterin nahm am 23. März 2017 eine erneute Beurteilung der medizinischen Aktenlage vor und empfahl unter Hinweis auf das MEDAS-Gutachten, der Versicherten als Schadenminderungspflicht aufzuerlegen, sich einer leitliniengerechten stationären psychiatrischen Behandlung zu unterziehen (IV-act. 43-6/6). Diese Empfehlung wurde von der IV-Stelle mit einer Zuschrift vom 27. April 2017 (Eröffnung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens, vgl. IV-act. 47) umgesetzt. In der Antwort vom 28. April 2017 erklärte die Versicherte, uneingeschränkt mitzuwirken und die stationäre Behandlung in der Klinik in F._____ anzutreten (IV-act. 49).

2.6.2 Die Versicherte war vom 18. August 2017 bis 5. Oktober 2017 in der Klinik in F._____ hospitalisiert. Dem Austrittsbericht vom 12. Oktober 2017 (Dr.med. univ. AF._____, Oberarzt / Dr.med. AG._____, Assistenzärztin) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (IV-act. 63-1/11):

Anhaltende schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2)
akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden und dependenten Anteilen
Agoraphobie (ICD-10: F40.0)
Soziale Phobie (ICD-10: F40.1), DD: Panikstörung
Anhaltende Schmerzstörung (ICD-10: F45.5)

Hinsichtlich des Behandlungsverlaufs wurde im Austrittsbericht u.a. was folgt festgehalten (IV-act. 63-4/11):

(...) Sie beklagte in den Einzelgesprächen immer wieder Ängste, vor der Gruppe oder in der Visite zu sprechen, fühlte sich unter Druck gesetzt, hatte Angst umzufallen und verspürte starke innere Beklemmung und Unruhe. Eine Besserung zeigte sich im Verlauf unter anderem durch das Anwenden von Atemübungen. Da Frau ... in diesen Situationen starke vegetative Symptome wie Schwindel, Herzrasen, Schweissigkeit und Zittern zeigte, ist differentialdiagnostisch eine Panikstörung in Erwägung zu ziehen. Da primär ein Vermeidungsverhalten gegenüber der Gruppe und sozialer Interaktionen imponierte, ist am ehesten eine soziophobische Störung anzunehmen. Die Abgrenzung, ob genannte Symptome im Rahmen der Depression anzusiedeln sind, gestaltete sich schwierig. Insgesamt konnte Frau ... in diesem Zusammenhang von den körperbetonten Therapien profitieren. Darüber hinaus zeigte sich neben den depressiven Symptomen das Bild einer anhaltenden Schmerzstörung. Es liegen zwar organische Korrelate für die beklagten Schmerzen vor, allerdings sehen wir auch eine Verbindung zwischen Schmerzexazerbation und emotionalen Konflikten (Verlust von Funktion und Identität) sowie psychosozialen Problemen (Einsamkeit, soziokulturelle Krise, Entwurzelung). Kamen all diese Belastungsfaktoren zusammen (Schmerz, Angst vor der Gruppe, Erschöpfung), äusserte Frau .. grosse Verzweiflung, berichtete von Existenzängsten und suizidalen Gedanken (Messer in den Hals). Sie suchte in solchen Situationen stets den Kontakt zum Personal und zeigte sich absprachefähig. Während des Behandlungszeitraums kam es zu keinerlei suizidalen Handlungen oder Vorbereitungen. Zum Austrittszeitpunkt waren die Symptome soweit in den Hintergrund getreten, dass von einer Vollremission der Suizidalität zu sprechen ist. (...) Die Niedergeschlagenheit entwickelte sich sukzessive zurück und es gelang Frau ... zunehmend besser, einen Zugang zu ihren Ängsten zu finden, so dass sie sich bei Austritt deutlich stabilisiert, im Kontakt aufgeheitert und schwingungsfähig präsentierte. (...) Bei Austritt bestanden psychopathologisch noch schnelle Ermüdbarkeit bei eingeschränkter körperlicher, emotionaler und kognitiver Belastbarkeit, jedoch keine Anhaltspunkte für akute Selbst- oder Fremdgefährdung. (...)

2.6.3 In einem weiteren Bericht (vom 7.11.2017), welcher bei der IV-Stelle am 9. November 2017 einging, beurteilte die Oberärztin AH._____ der Klinik F._____ (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) zusammen mit der Assistenzärztin Nadine Kanj die Arbeitsfähigkeit sowie die Einschränkungen der Versicherten wie folgt (IV-act. 64-4f./13):

Im Rahmen von Hospitalisationen in unserer Einrichtung.

100% vom 05.09.2016 bis 03.11.2016

100% vom 18.08.2017 bis 05.10.2017

Aufgrund der Art der Erkrankung ist von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit zwischen den Hospitalisationen auszugehen (das heisst 04.11.2016 bis 18.08.2017).

(...)

Die niedergeschlagene Stimmung sowie der allgemeine Freudverlust führen dazu, dass Frau ... Tätigkeiten nur kaum bis gar nicht aus eigenem Antrieb aufnehmen kann. Auch die ausgeprägte Angst hindert sie daran, Initiative zu ergreifen, sodass es zu schweren Einschränkungen in der sozialen Interaktion kommt und zum Rückzug. Die Ein- und Durchschlafstörungen führen zu erhöhter Tagesmüdigkeit, ausgeprägter Erschöpfung sowie Kraftlosigkeit, was wiederum zu kognitiven Einschränkungen wie z.B. verlangsamtes Denken, Konzentrationsmangel und Merkfähigkeitsstörungen führt. Begünstigt werden diese Einschränkungen zusätzlich durch die verstärkte Schmerzwahrnehmung, sodass es in der Kombination mit ausgeprägten vegetativen Beschwerden zu psychischen Krisen mit suizidalen Gedanken und Verlust der Restfunktionen und vollständigen Blockaden kommt.

Insgesamt führt der anhaltende psychopathologische Befund zu starken Einschränkungen der psychomentalen Belastbarkeit (Konzentrationsfähigkeit, Ausdauer, Merkfähigkeit, Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit, soziale Kommunikationsfähigkeit) sowie der Handlungsfähigkeit, sodass auch einfache Arbeiten nicht mehr auszuführen sind.

(...)

Frau ... zeigt Einschränkungen in den Bereichen Genauigkeit (Zittern und Konzentrationsdefizit führt zu unsauberem Arbeiten), Planung von Arbeitsabläufen (durch Blockaden, Ängste, Gedankenkreisen) was konsekutiv dazu führt, dass geforderte Zeiten nicht eingehalten werden können. Dies wurde insbesondere in der Maltherapie deutlich, wo Frau ... die Aufgaben teilweise nur begrenzt ausführen konnte, beeinträchtigt durch die innere Unruhe, das Zittern, Schwitzen und die Müdigkeit. Auch die Schlafstörungen, einhergehend mit einer schnellen Erschöpfbarkeit führen zum einen zu Konzentrationsstörungen und zum anderen zu schneller Ermüdbarkeit, sodass auch angeleitete Tätigkeiten nicht über längere Zeiträume selbständig fortgeführt werden können. Es besteht ausserdem eine erhöhte Fehleranfälligkeit durch die kognitiven Einschränkungen.

Weiterhin bestehen körperliche Einschränkungen bedingt durch Erkrankungen des Bewegungsapparats, die einerseits ein organisches Korrelat für die Schmerzstörung bilden, andererseits zu Beeinträchtigungen im Bewegungsumfang führen.

(...)

In diesem Zusatzbericht der Klinik F. _____ vom 7. November 2017 wurde zudem folgende prognostische Einschätzung vorgenommen (IV-act. 64-4/13 oben):

Aufgrund des jahrelangen Krankheitsverlaufs mit mittlerweile eingetretener Chronifizierung und Therapieresistenz ist mit einer wesentlichen Besserung der funktionellen Belastbarkeit nicht zu rechnen. Auch in Anbetracht der progredienten Komorbiditäten, die sich gegenseitig negativ beeinflussen, gehen wir im vorliegenden Fall von einem protrahierten Verlauf der Beschwerden aus. Darüber hinaus ist das fortschreitende Alter bei ohnehin bereits reduzierten Ressourcen zu bedenken. Bei Entlassung bestand eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine Steigerung der Belast-

barkeit ist auch bei optimaler Behandlung nicht sehr wahrscheinlich. Eine optimale Therapie kann allenfalls eine Linderung des Leidens erreichen.

2.6.4 Die behandelnde Psychiaterin wiederholte in ihrem Verlaufsbericht vom 3. März 2018 die im letzten Austrittsbericht der Klinik F. _____ enthaltenen Diagnosen. Zudem wurden aktuelle Befundangaben aufgelistet, welche die bereits bekannten Einschränkungen bezüglich Konzentration, Aufmerksamkeit, Ängste, starke Erschöpfung etc. betreffen. In der prognostischen Beurteilung wurde auf ein anhaltendes klinisches Bild hingewiesen, welches leider auf herkömmliche leitliniengerechte Behandlungsmethoden therapieresistent sei, trotz intensiven ambulanten und längerdauernden stationären Behandlungen (IV-act. 67-2/2).

2.7 Daraufhin nahm die RAD-Psychiaterin erneut am 25. Juli 2018 Stellung zur medizinischen Aktenlage und empfahl im Ergebnis eine weitere polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten u.a. mit der folgenden Begründung (IV-act. 68-7/8):

Leider erbringt manchmal in der Versicherungsmedizin ein Mehr an Untersuchungen und Berichten keinen Mehrwert in puncto Wahrheitsfindung, sondern steigert eher die Zahl der Unklarheiten.

Nachdem wir in 2016 bereits im MEDAS-Teilgutachten Psychiatrie erhebliche fachliche Mängel konstatieren mussten, liegen inzwischen Berichte vor, die zueinander diskrepant sind.

Die Klinik F. _____ (IV-Bericht vom 07.11.2017) zeichnet eine düstere Prognose des Leidens bezüglich der Rückbildungsfähigkeit von Funktionseinschränkungen ("Chronifizierung und Therapieresistenz"), im Austrittsbericht der Klinik vom 12.10.2017 wird hingegen über bedeutsame Erfolge und die positive Wirksamkeit der stationären psychiatrischen Behandlung berichtet.

Zwischen beiden Berichten liegen also Welten.

Die behandelnde Psychiaterin (...) hingegen sieht in ihrem Bericht vom März dieses Jahres langfristig nur dauerhaft schwer depressive Zustandsbilder am Werk. Die teilweise Remission der depressiven Symptomatik, wie im Austrittsbericht von F. _____ beschrieben, findet in ihrem Bericht keinerlei Würdigung bzw. Erwägung.

Wir werden also weiter abklären, diesmal aufgrund der Verdeutlichungs- bzw. Aggravationstendenzen (s. MEDAS-GA) unter Einschluss einer neuropsychologischen Abklärung.

2.8 Vom 9. bis 11. November 2018 war die Versicherte in der AI. _____ in _____ hospitalisiert (Arthroskopie des linken Knies, Synovektomie, mediale partielle Menishektomie, Mikrofrakturierung der Trochea, offene Entfernung einer mehrkammrigen Bakerzyste, vgl. IV-act. 76).

2.9.1 Am MEDAS-Gutachten der ausgelosten Gutachterstelle H. _____ wirkten folgende Sachverständige mit (vgl. IV-act. 82-2/96):

Pract.med. AJ. _____ (Fachärztin für Psychiatrie/ Psychotherapie und für Allgm. Innere Medizin/ Fallführung)

Dr.med. AK. _____ (FMH Neurologie)

Dr.med. AL. _____ (Facharzt für chirurgische Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparats/ zertif. Gutachter SIM)

Dipl. psych. AM. _____ (Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP/ Psychotherapie FSP)

2.9.2 In der Konsensbeurteilung stellten diese Sachverständige im Gutachten vom 12. August 2019 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 82-5/96):

- Degenerative Halswirbelsäulenerkrankung mit spondylogem Zervikalsyndrom bei multisegmentaler Osteochondrose sowie onkovertebral Arthrose mit Betonung der Bandscheibenetagen C5 bis C7, endphasige Bewegungslimitierung in der Seitenneigung oder Seitendrehung ohne derzeitige pseudoradikuläre oder radikuläre Schmerzausstrahlung in die Arme;
- Degenerative Lendenwirbelsäulenerkrankung mit spondylogem Lumbalsyndrom bei multisegmentaler Osteochondrose und Spondylarthrose L3 bis S1 mit Betonung der rechten Seite, multiplen Bandscheibenprotrusionen ohne relevanten Nachweis einer Einengung neurogener Strukturen, kein pseudoradikuläres oder radikuläres Schmerzsyndrom;
- Leichte bis mittelgradig schmerzhaft Funktionsbeeinträchtigung des linken Kniegelenkes bei prinzipieller bis mittelgradiger medialer und femuropatellarer Gonarthrose, Status nach Arthroskopie im November 2018 mit Innenmeniskus Teilresektion und Gelenk-Debridement bei femuropatellarer Knorpelschädigung Grad II bis III und medialer femurotibialer Knorpelschädigung Grad I bis II links.

2.9.3 Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit listeten die Sachverständigen was folgt auf (IV-act. 82-5/96):

- Myofaszielles Verspannungssyndrom des Schultergürtels mit parascapularer Ansatzendinopathie beidseits
- Leichte chronisch venöse Abflussstörung mit leichten Unterschenkelödem beidseits, Status nach Venenoperation zweimalig linksseitig im Jahre 2015
- Abgeflachtes Fussgewölbe beidseits (...)
- Missbrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen ICD 10 F55.2
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode, schädlicher Gebrauch ICD 10 F11.1
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert ICD 10 F33.4
- Arterielle Hypertonie

- Hypothyreose, substituiert
- Z.n. 2x Venen-OP linkes Bein bei chronisch venöser Insuffizienz
- Hyposensibilität am linken Bein
- Keine funktionell relevante Beteiligung neuraler Strukturen

2.9.4 In der interdisziplinären Konsensbeurteilung anerkannten die Sachverständigen (aus somatischer Sicht) eine Erkrankung im Bereich der Wirbelsäule und des linken Kniegelenkes, welche die Versicherte in ihrer Leistungs- und Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtigt (IV-act. 82-4/96, 2. Abs.).

Diese Beeinträchtigungen wurden als deutliche Einschränkungen für Tätigkeiten beurteilt, welche mit andauerndem Stehen, Gehen oder Laufen, Heben von Lasten über 10 kg, Arbeiten auf unebenem Untergrund und in Hanglage verbunden sind; analog auch für Tätigkeiten mit repetitivem Steigen auf Leitern, Gerüsten oder Arbeiten in absturzgefährdeten Bereichen oder in widrigen Witterumständen (vgl. IV-act. 82-6/96 Ziff. 4.3).

Daraus wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (als Einrahmerin) abgeleitet, derweil die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten (welche die erwähnten ungünstigen Tätigkeitsbereiche ausklammern) auf 100% veranschlagt wurde (IV-act. 82-6/96 Ziff. 4.7 und 4.8).

2.9.5 Für den nichtsomatischen Bereich wurde in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung zusammenfassend folgende Aspekte hervorgehoben (IV-act. 82-4/96 Mitte):

Obwohl in früheren psychiatrischen Berichten mehrere Diagnosen gestellt worden waren, erkennen wir aktuell kein Krankheitsbild von relevantem Charakter, das zu funktionellen Einschränkungen führt. Aufgrund früherer Dokumentationen kann eine bestandene Depression nicht ausgeschlossen werden. Es ist davon auszugehen, dass die stationäre Behandlung zu einer Verbesserung geführt hatte. Die Begutachtete selbst verneint dies und macht weiterhin Einschränkungen geltend. Dieses manifeste Verhalten kann aus unserer Sicht am ehesten mit einem sekundären Krankheitsgewinn in Einklang gebracht werden.

Die neuropsychologische Abklärung ergab nicht auswertbare Testergebnisse. Es muss von einer erheblich reduzierten Anstrengungsbereitschaft ausgegangen werden, die Validierungstests ergaben auffällige Resultate.

Ob kognitive Leistungseinschränkungen vorliegend sind, konnte nicht schlüssig beurteilt werden. In den somatischen und der psychiatrischen Abklärungssituationen ergaben sich keine Anzeichen dafür.

Insgesamt mache die Versicherte den Eindruck einer Persönlichkeit, die aus der Folge eines sekundären Krankheitsgewinns keine Eigeninitiative aufweise, um ihr Leben selbst aktiv verändern zu wollen. Es werde eine Unzufriedenheit mit der aktuellen familiären und sozialen Situation offenbar; sie fühle sich nicht geschätzt, empfinde Ablehnung und fordere Anerkennung von der Umgebung (IV-

act. 82-6/96 Ziff. 4.4). Es bestünden Fähigkeit und Ressourcen für eine berufliche Tätigkeit. Als belastend sei jedoch die Selbstwahrnehmung der Versicherten zu benennen sowie der vermutete sekundäre Krankheitsgewinn (IV-act. 82-6/96 Ziff. 4.5). Schliesslich seien mehrere Inkonsistenzen aufgefallen, beispielsweise das auffällige Ergebnis aus der neuropsychologischen Abklärung oder die Angabe des sozialen Rückzugs auch gegenüber engsten Familienangehörigen, was nicht vereinbar sei mit den Feststellungen, wonach sich beispielsweise die Tochter engagiert zeige. Dass sich die Tochter einbringe erscheine plausibler als die Schilderungen der Versicherten betreffend "Kontaktlosigkeit zu Kindern und Enkelkindern" (IV-act. 82-6/96 Ziff. 4.6).

2.10 Die RAD-Fachärztin I. _____ (Allgem. Innere Medizin FMH) beurteilte das (zweite) MEDAS-Gutachten vom 12. August 2019 als umfassend, nachvollziehbar und schlüssig, weshalb darauf abgestellt werden könne (IV-act. 83).

2.11 Nach einem ablehnenden Vorbescheid vom 16. Oktober 2019 (IV-act. 86) liess die Versicherte am 13. Januar 2020 durch ihren beigezogenen Rechtsvertreter Einwände erheben (IV-act. 90), welche zusätzlich durch Einwände der behandelnden Psychiaterin vom 30. Januar 2020 ergänzt wurden (IV-act. 92). Daraufhin veranlasste am 5. März 2020 die mitwirkende RAD-Fachärztin I. _____, dass die vorgebrachten Einwände am 31. März 2020 der Gutachterstelle unterbreitet wurden, allerdings wurde nach der Aktenlage lediglich das Einwandschreiben des Rechtsvertreters, nicht aber die medizinischen Vorbehalte der behandelnden Fachärztin der Gutachterstelle zur Kenntnis gebracht (IV-act. 93ff.).

Die Antworten der Gutachterstelle zu den Einwänden des Rechtsvertreters folgten (nach zwei schriftlichen Mahnungen) erst am 24. September 2020, wobei die Gutachterstelle ausdrücklich darauf hinwies, dass ihr die Einwände der behandelnden Psychiaterin nicht vorliegen würden (IV-act. 100). Auf den Inhalt dieser Antwort wird nachfolgend näher eingegangen.

2.12 Nach der einen Leistungsanspruch verneinenden Verfügung vom 12. Oktober 2020 (IV-act. 102) und der Beschwerde ans Verwaltungsgericht (IV-act. 105-2ff./30) widerrief die IV-Stelle am 14. Dezember 2020 ihre Verfügung vom 12. Oktober 2020, um die Einwände der Behandlerin noch der Gutachterstelle unterbreiten zu können (IV-act. 107ff.).

2.13 Am 3. Dezember 2020 wurde die Versicherte in der AI. _____ (_____) von Dr.med. Q. _____ (Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH) untersucht, welcher im Bericht an den

Hausarzt vom 16. Dezember 2020 u.a. auf ein ausgeprägtes, chronifiziertes cervicales Schmerzsyndrom sowie eine progrediente Schmerzproblematik mit deutlicher Einschränkung verwies. Zudem machte er konkrete Behandlungsvorschläge, welche als letzte Option eine operative Therapie umfassten (IV-act. 113).

In der Folge war die Versicherte vom 15. bis 18. Februar 2021 für eine Operation in der AI. _____ hospitalisiert (ventrale Spondylodese mittels ACIF, Dekompression auf den Höhen C4/5 mit Neurolyse der Wurzel C5 beidseits, C5/6 mit Neurolyse der Wurzel C6 beidseits, C6/7 mit Neurolyse der Wurzel C7 beidseits, ACIS-Cage, DePuy Synthes, vgl. IV-act. 116).

Am 24. Mai 2021 berichtete der Operateur Dr.med. Q. _____ dem Hausarzt folgende Entwicklung (IV-act. 126-1/10):

Frau ... kommt drei Monate postoperativ zur Verlaufskontrolle wie vorgesehen. Bis auf leichte, geringfügige Restbeschwerden, insbesondere nach Rotationsbewegungen, Inklination oder Reklination hat die Patientin keine Beschwerden. Sie hat insbesondere auch keine abstrahlenden Beschwerden. Sie berichtet, dass die Mobilität viel besser ist, dass sie den Kopf/Nacken beim Sitzen oder längerem Stehen nicht mehr stützen muss. Darüber hinaus berichtet sie auch, dass die Nächte nun zur Erholung da sind und nicht wie zuvor mit Unruhe und Schlaflosigkeit behaftet sind.

2.14 Nach einer weiteren Mahnung (IV-act. 118f.) nahm die Gutachterstelle H. _____ am 17. Juni 2021 zu den Einwänden der behandelnden Psychiaterin Dr.med. S. _____ (vom 30.1.2020) Stellung, wobei in der Einleitung u.a. hervorgehoben wurde, dass der besagte Bericht "offensichtlich nicht von der behandelnden Ärztin selbst" verfasst worden sei (IV-act. 124).

2.15 Am 13. Juli 2021 nahm die RAD-Fachärztin I. _____ zur Fragestellung, wie die Arbeitsfähigkeit nach der erfolgten Operation vom 15. Februar 2021 zu beurteilen sei, dahingehend Stellung, die Wirbelsäulen-/HWS-Symptomatik sei bereits durch den orthopädischen Teilgutachter des MediCore-Gutachtens vom 12. August 2019 berücksichtigt; bei regelrechtem postoperativen Verlauf ergebe sich keine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zum MediCore-Gutachten (IV-act. 128).

2.16 Nach dem (negativen) Vorbescheid vom 11. August 2021 (IV-act. 132) machte die behandelnde Psychiaterin Dr.med. S. _____ in einem Schreiben vom 7. September 2021 u.a. geltend, dass sie - entgegen der Annahme der begutachtenden Psychiaterin - die Einwände vom 30. Januar 2020 selber verfasst habe. Zudem betonte die behandelnde Psychiaterin, dass im erwähnten Gutachten die Arbeitsfähigkeit der Versicherten "weit überschätzt" werde (IV-act. 135-3/4).

Der Rechtsvertreter kritisierte in seiner Eingabe vom 13. September 2021 u.a., dass auch aus orthopädischer Sicht auf das Gutachten 2019 nicht abgestellt werden könne, da sich die Ausgangslage seither massgeblich verändert habe. Die Versicherte habe - trotz Operation (vom 15.2.2021) - weiterhin starke Rückenbeschwerden, weshalb nicht auf eine Aktenbeurteilung abgestellt werden könne (IV-act. 135-2/4).

3. Eine gerichtliche Würdigung der vorliegenden Angaben und Unterlagen zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

3.1.1 Nach der IV-Anmeldung vor rund 7 Jahren (Juli 2015) wurde die Versicherte mehrfach medizinisch untersucht und abgeklärt. Es liegen zwei interdisziplinäre Gutachten aus dem Jahr 2016 (eines vom Kranktaggeldversicherer, eines von der IV-Stelle) und ein weiteres MEDAS-Gutachten aus dem Jahr 2019 vor, welche - wie die RAD-Psychiaterin nachvollziehbar bemerkte (IV-act. 68-7/8) - wenig "Mehrwert in puncto Wahrheitsfindung" gebracht haben, weil die Berichte und Einschätzungen teilweise ausgesprochen diskrepant ausfielen.

3.1.2 Zu dieser Diskrepanz hat indessen auch die RAD-Psychiaterin in relevanter Weise beigetragen, indem sie in ihrer Stellungnahme vom 25. Juli 2018 die gesundheitliche Situation der Versicherten beim (zweiten) Austritt aus der Klinik F._____ im Oktober 2017 grundsätzlich auf "bedeutsame Erfolge und die positive Wirksamkeit der stationären psychiatrischen Behandlung" reduzierte (vgl. IV-act. 68-7/8 Mitte), und dabei den ergänzenden Bericht der Klinik F._____, welcher bei der IV-Stelle am 9. November 2017 und mithin rund einen Monat nach dem Austritt aus der Klinik einging, offenbar übersehen und in ihrer Beurteilung ausgeklammert hat. In diesem Zusatzbericht wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im Austrittszeitpunkt veranschlagt und eine Steigerung der Belastbarkeit auch bei adäquater Behandlung als wenig wahrscheinlich beurteilt (bei optimaler Therapie sei allenfalls eine Linderung der Beschwerden erreichbar, vgl. IV-act. 64-4/13 oben). Eine konkrete Auseinandersetzung der RAD-Psychiaterin mit dieser prognostischen Einschätzung der Fachpersonen der Klinik F._____ (bezüglich einer geringen erreichbaren Arbeitsfähigkeit) fehlt bzw. ist nicht aktenkundig.

3.1.3 Diese in Erwägung 3.1.2 angesprochene, verzerrte Würdigung der Wirksamkeit der Hospitalisation in F._____ durch die RAD-Psychiaterin (welche die von der Klinik vorgenommenen Einschätzung einer geringen erreichbaren Arbeitsfähigkeit ausklammert) wurde nach der Aktenlage auch im zweiten MEDAS-Gutachten übernommen, indem dort in der Konsensbeurteilung festgehalten wurde: "Es ist davon auszugehen, dass die stationäre Behandlung zu einer

Verbesserung geführt hatte" (IV-act. 82-4/96; siehe auch das psychiatrische Teilgutachten, Ziff. 7.1, IV-act. 82-73/96 unten: "Die Versicherte befand sich 11/2017 erneut in der stationären Behandlung in der Klinik F._____ und wurde gemäss der Dokumentation mit einem positiven Therapieerfolg entlassen"). Dass die Fachpersonen der Klinik F._____ eine solche Verbesserung mit anhaltender Wirkung auf einen (uneingeschränkten) Arbeitsfähigkeitsgrad im erwähnten Zusatzbericht an die IV-Stelle vom 7. November 2017 prognostisch als unwahrscheinlich erachteten, wird erneut übergangen, jedenfalls nicht näher thematisiert (namentlich auch nicht im psychiatrischen Teilgutachten, IV-act. 82-73/96 unten).

3.1.4 In diesem Zusammenhang ist auch die Stellungnahme der psychiatrischen Gutachterin vom 24. September 2020 (zu den Einwänden des Rechtsvertreters der Versicherten vom 13. Januar 2020, wonach zusammengefasst keine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit anzunehmen sei, vgl. IV-act. 90), aus den folgenden Gründen kritisch zu würdigen. In dieser Stellungnahme erwähnt die Gutachterin sinngemäss, in beiden Klinikberichten werde die Fortführung der psychiatrischen Behandlung empfohlen, jedoch sei zur Arbeitsfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit nicht Stellung genommen worden. Dem Einwand des Rechtsvertreters, "alle medizinischen Berichte begründen glaubhaft, weswegen meine Mandantin aus psychiatrischer Sicht nicht arbeitsfähig ist", wird von der Gutachterin entgegengehalten (IV-act. 100-2/4 Mitte):

... ist aus unserer Sicht nicht korrekt, sondern ist das Resultat einer nicht fachlichen (!), falschen Schlussfolgerung des Juristen selbst. Allein bereits die Aussage der fehlenden Zustandsverbesserung bedeutet entweder eine ungenügende Auseinandersetzung mit dem Austrittsbericht oder eine falsche Interpretation desselben."

Dieser zuletzt erwähnte Vorhalt fällt offenkundig auf die Gutachterin zurück, indem sie es (auch) hier unterlässt, sich mit dem Bericht der Klinik F._____ vom 7. November 2017 an die IV-Stelle und der darin enthaltenen, prognostisch anhaltenden (weitgehenden) Arbeitsunfähigkeitsschätzung auseinanderzusetzen (vgl. IV-act. 64-4f./13).

3.1.5 Im Lichte dieses dargelegten, ins Gewicht fallenden Mangels des psychiatrischen Teilgutachtens (vom 26.1.2019) sind die von der Rechtsprechung formulierten Anforderungen, damit der Beweiswert eines Arztberichts anzuerkennen wäre (vgl. oben, Erw. 1.5.3), nicht hinreichend erfüllt.

3.1.6 Für dieses vorstehend dargelegte Zwischenergebnis sprechen auch die folgenden Ausführungen. Im psychiatrischen Teilgutachten stellte die Gutachterin als Auffälligkeit fest, "dass von der begutachteten Person in den Erzählungen auf schwierige bzw. kontaktlose Beziehungen mit den eigenen Kindern und Enkel-

kindern hingewiesen worden war", indessen diese Sachdarstellung "im Widerspruch zur Tatsache" stehe, dass die Versicherte zur Begutachtung von Ehemann und Tochter begleitet worden sei und dass sich die Tochter mehrfach bei der Gutachterstelle nach dem Bearbeitungsstand des Gutachtens erkundigt habe (vgl. IV-act. 82-75/96 unten).

Allerdings schliessen diese von der Gutachterin verwendeten Argumente ("Begleitung zur Gutachterstelle", "Nachfragen zum Bearbeitungsstand" und "Formulierung einer schriftlichen Eingabe", siehe nachfolgend unter Ziff. 3.1.7) es nicht aus, dass die Versicherte sich mehr Kontakte mit ihren Kindern und Enkelkindern wünscht bzw. unter zu geringen familiären Kontakten leidet, zumal ihre Tochter als _____-Doktorandin und Mutter eines eigenen Kindes (Enkelkind) in _____ lebt (jedenfalls damals) und auch ihr Sohn eine eigene Familie mit Kind hat (IV-act. 82-63/96 oben i.V.m 82-50/96 unten). Wenn aber die erwachsenen Kinder der Versicherten nach der Aktenlage ein eigenes Leben führen, erweist sich die Sachdarstellung der Versicherten, wonach sie wesentlich mehr familiäre Kontakte wünschen würde (siehe z.B. die Klage der Versicherten, sie werde nie eingeladen, vgl. IV-act. 82-63/96 1. Abs. in fine) als durchaus glaubhaft; ohne dass daraus - entgegen der Auffassung der begutachtenden Psychiaterin - eine besondere Auffälligkeit bzw. ein relevanter Widerspruch hergeleitet werden kann.

3.1.7 Wenig überzeugend ist schliesslich auch die Schlussfolgerung der psychiatrischen Gutachterin, wonach das Verfassen einer schriftlichen Eingabe "gegen eine zumindest aktuell bestehende depressive Episode" spreche. Im psychiatrischen Teilgutachten argumentiert die Gutachterin (vgl. IV-act. 82-72/96 oben):

(...) Es ist aber nicht ausgeschlossen, dass die Versicherte in der Vergangenheit eine depressive Episode erlebt hat. Gegen eine zumindest aktuell bestehende depressive Episode spricht auch die Tatsache, dass sich die Begutachtete mit einer formulierten medizinischen Fragestellung an die IV-Stelle Schwyz richtet. Während dem Durchleben einer depressiven Episode ist die Planung eines solchen Schreibenwechsels kaum möglich.

Dass aber die Versicherte für dieses Schreiben an die IV-Stelle Unterstützung durch eine andere Person erhalten haben könnte (die Tochter ist bzw. war damals _____-Doktorandin), wurde von der Gutachterin auch nicht ansatzweise in Betracht gezogen, was die Fragwürdigkeit ihrer Argumentation klar unterstreicht. Dieser Aspekt wurde denn auch in der Beschwerde (Ziff. 38) zu Recht gerügt, wo glaubhaft ausgeführt wurde, dass die Tochter der Versicherten dieses Schreiben verfasst hat. Sodann hätte die Gutachterin aus den Formulierungen erkennen können bzw. müssen, dass die Deutschkenntnisse der Versicherten dafür kaum ausreichen (vgl. Beschwerde, S. 21 Ziff. 38 in fine i.V.m. IV-act. 71).

3.2.1 Ungeachtet der vorstehenden Aspekte ist es nicht zu übersehen, dass das neuropsychologische Gutachten eine unzureichende Anstrengungsbereitschaft belegt. Hinsichtlich der Verhaltensbeobachtungen während der neuropsychologischen Testungen wurden u.a. sinngemäss festgehalten (IV-act. 82-89f./96):

- dass die Versicherte in der Spontansprache ein relativ gutes Schweizerdeutsch sowie ein unauffälliges Sprach- und Instruktionsverständnis zeigte, indessen sich bei Testinstruktionen vielfach begriffsstutzig, verlangsamte gab und selbst bei einfachsten Aufgaben über Überforderung klagte;
- zusammenfassend alle Tests insuffizient erledigte;
- sowie sich bezüglich Kooperation, Motivation und Anstrengungsbereitschaft deutlich eingeschränkt präsentierte.

3.2.2 Auffallend ist insbesondere, dass die Versicherte, welche während vielen Jahren in einem Atelier bzw. einer Kunstgalerie arbeitete und dabei namentlich mit dem Einrahmen von Bildern beschäftigt war (vgl. IV-act. 13-3/4 Mitte), was offenkundig exakte visuelle Arbeiten bzw. Leistungen beinhaltetete, im Rahmen der neuropsychologischen Testungen u.a. folgende Ergebnisse präsentierte (vgl. IV-act. 82-90f./96):

- Gedächtnis visuell
Wiedergabe einer komplexen geometrischen Figur: Nicht beurteilbar, da entgegen der Erwartung nur drei von 18 Elementen reproduziert wurden. Diese wurden dazu noch unvollständig und/oder verschoben reproduziert. (...)
- Visuell-räumliche Leistungen
Abzeichnen einer komplexen geometrischen Figur: Die Versicherte verhielt sich nach der Instruktion ratlos und überfordert und erledigte die Aufgabe in extremer Langsamkeit (fast dreifacher Zeitaufwand gegenüber dem Üblichen). Dabei ging sie stark fragmentiert und unstrukturiert vor. Die erbrachten visuokonstruktiven Leistungen können gemessen an der beruflichen Vorerfahrung (jahrelange visuokonstruktive Tätigkeit auf einem hohen Niveau) nicht die tatsächliche Leistungsfähigkeit repräsentieren.
- Executivfunktionen
Die Handlungsplanung erschien beim Abzeichnen einer geometrischen Figur eingeschränkt mit unstrukturiertem und fragmentiertem Vorgehen, ist aber wegen der reduzierten Anstrengungsbereitschaft nicht beurteilbar.
(...)

3.2.3 Bezüglich Konsistenz/Glaubwürdigkeit wurde im neuropsychologischen Gutachten u.a. ausgeführt, bei Anwendung des Entscheidungsalgorithmus nach Slick, Sherman und Iverson hätten sich klare Hinweise auf eine schwer reduzierte Anstrengungsbereitschaft ergeben. Bei durchgängig unbrauchbaren Testbefunden müsse sogar von vorsätzlich inszeniertem Unvermögen und somit Simulation kognitiver Störungen ausgegangen werden. In zwei Performanzvalidierungstests seien die Ergebnisse in allen Testabschnitten grob auffällig gewesen und hätten allen zugrundeliegenden theoretischen Modellen und Antwortwahrscheinlichkeiten widersprochen. Zusammenfassend würden die aktuellen Befun-

de mit Sicherheit nicht der tatsächlichen Leistungsfähigkeit entsprechen und sie seien für eine differenzierende neuropsychologische Beurteilung unbrauchbar (IV-act. 82-91/96).

3.2.4 Im Lichte dieser Auffälligkeiten und Inkonsistenzen ist davon auszugehen, dass die Versicherte bei einer zumutbaren ausreichenden Anstrengungsbereitschaft mehr leisten könnte, als sie anlässlich der erwähnten Begutachtung gezeigt hat.

3.3 Allerdings lässt sich aus den vorliegenden Akten nicht zwingend ableiten, dass die Versicherte bei einer zumutbaren ausreichenden Anstrengungsbereitschaft grundsätzlich zu 100% arbeitsfähig wäre, wie die Sachverständigen des zweiten MEDAS-Gutachtens bzw. die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung für angepasste Tätigkeiten angenommen haben. Vielmehr verhält es sich grundsätzlich so, dass die Grenzziehung zwischen einer anspruchsausschliessenden Aggravation und einer blossen Verdeutlichungstendenz heikel bzw. schwierig ist (vgl. VGE I 2020 73 vom 19.2.2021 Erw. 7.3). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung führt das Vorliegen einer Aggravation nicht automatisch zur Verneinung jeglicher versicherten Gesundheitsschädigung, sondern nur insoweit als die Leistungseinschränkung auf der Aggravation beruht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_462/2019 vom 18.12.2019 Erw. 4.3.2 und 9C_524/2020 vom 23.11.2020 Erw. 4.2 und 4.3 mit Hinweisen).

3.4 Eine Auslegeordnung aller bislang angesprochenen Aspekte würde im Regelfall zu einer Rückweisung (an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung) führen, weil zum einen das psychiatrische Teilgutachten, auf welches sich die Vorinstanz massgeblich abstützt, bezüglich Beweiskraft nicht ausreichend zu überzeugen vermag (vgl. vorstehend, Erw. 3.1.2 bis 3.1.7). Zum andern wäre an sich zu berücksichtigen, dass nach der Rückenoperation vom 15. Februar 2021 einzig eine postoperative Verlaufskontrolle vom 21. Mai 2021 durch eine RAD-Internistin gewürdigt wurde (IV-act. 126-1/10 i.V.m. IV-act. 128), hingegen die am 13. September 2021 (und mithin rund 2 Monate vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 10.11.2021) vorgebrachten Rückenbeschwerden (IV-act. 135-2/4 "starke Rückenschmerzen trotz Operation") nicht weiter geklärt wurden.

3.5 Gegen eine solche Rückweisung (mit zusätzlichen medizinischen Abklärungen) spricht hingegen, dass es sich um eine Versicherte im vorgerückten Alten handelt, welche demnächst 62-jährig wird und mithin nicht mehr eine lange Aktivitätsdauer bis zum Erreichen des AHV-Alters aufweist. Erfahrungsgemäss ist bei einer Rückweisung mit zusätzlichen medizinischen (interdisziplinären) Ab-

klärungen mit einer nicht unwesentlichen zeitlichen Verzögerung zu rechnen mit der Folge, dass bis zum Vorliegen und der Würdigung dieser Zusatzabklärungen die verbleibende Aktivitätsdauer weiter massgeblich verkürzt wird (siehe VGE I 2021 67 vom 11.2.2022 Erw. 1.6.2).

In einer solchen Konstellation lässt es sich - nachdem die Versicherte von verschiedenen (Fach)Ärzten weitgehend umfassend untersucht worden ist und letztlich nur der Arbeitsfähigkeitsgrad für angepasste Tätigkeiten strittig ist - grundsätzlich rechtfertigen, anstelle einer zwingenden Rückweisung zur externen Begutachtung eine Einschätzung der für den Leistungsanspruch relevanten Arbeitsfähigkeit nach Massgabe der vorhandenen medizinischen Akten vorzunehmen. Dafür spricht nicht zuletzt, dass die ärztlichen Angaben nur (aber immerhin) eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage sind, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (siehe Erw. 1.5.4 in fine). Sodann ist davon auszugehen, dass hier ein typischer Fall einer Gemengelage aus krankheitswertiger Störung sowie psychosozialen/soziokulturellen Faktoren vorliegt (siehe oben, Erw. 1.6.2). Im Einklang damit steht auch die Beurteilung der Sachverständigen der Klinik F._____, welche im Austrittsbericht von einer Verbindung zwischen Schmerzexazerbation und emotionalen Konflikten (Verlust von Funktion und Identität) sowie psychosozialen Problemen (wie Entwurzelung, Einsamkeit etc.) sowie einer schwierigen Abgrenzung von Symptomen einer Depression sprechen (vgl. oben, Erw. 2.6.2).

3.6 Aus all diesen Gründen (mit Einbezug der Überlegungen in den Erwägungen 3.3 bis 3.5 und gestützt auf die Rechtsprechung, wonach es sich um eine juristische Beurteilung der Fragestellung geht, welche Arbeitsleistungen der Versicherten noch zumutbar sind) rechtfertigt es sich, nach Ausscheidung der im zweiten MEDAS-Gutachten erfassten aggravatorischen Elemente von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 60% für leidensadaptierte Tätigkeiten auszugehen, wie sie analog im ersten MEDAS-Gutachten angenommen wurde (vgl. IV-act. 30-30/71 Ziff. 8.2). Dabei handelt es sich offenkundig um eine Einschätzung, welche Spielraum nach oben oder nach unten aufweist. Indessen erweist sich eine solche Beurteilung nach Massgabe und Würdigung der konkreten Aktenlage als nachvollzieh- und vertretbar, auch wenn es Gründe für eine noch strengere Beurteilung gäbe. Das vorinstanzliche Ergebnis, wonach die Versicherte aufgrund von Inkonsistenzen (namentlich einer unzureichenden Anstrengungsbereitschaft) als vollständig arbeitsfähig für angepasste Tätigkeiten zu betrachten sei, vermag nach dem Gesagten nicht zu überzeugen, zumal die behandelnden Ärzte wie auch die Sachverständigen der Klinik F._____ von einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch für angepasste

Arbeiten ausgehen, was grundsätzlich (bis zu einem bestimmten Grad) nachvollziehbar ist (siehe auch die in Erwägung 2.6.2 aufgeführten Einschränkungen wie rasche Ermüdbarkeit, geringe emotionale und kognitive Belastbarkeit etc.). Letztlich enthält das vorliegende Ergebnis einer massgebenden Arbeitsfähigkeit von 60% für angepasste Arbeiten Aspekte einer Vergleichslösung (ex aequo et bono), welche hier den Ausschlag geben. Mit anderen Worten ist nach der Aktenlage davon auszugehen, dass bei der Versicherten (ungeachtet der teilweise unterschiedlichen psychiatrischen Kodierung) relevante Störungen vorliegen, welchen im konkreten Fall (zusammen mit den organischen Korrelaten) eine ressourcenhemmende Wirkung (im Ausmass einer Arbeitsunfähigkeit von 40%) beizumessen ist (vgl. BGE 143 V 418 Regeste in fine). Im Übrigen wird in der Beschwerde (S. 33 unten) ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe nie bestritten, "dass in einer Verweistätigkeit eine Teilarbeitsfähigkeit bestanden hat (wie dies auch von verschiedenen Ärzten und dem Gutachten vom 1.4.2016 festgehalten wurde)". Auf diese Erklärung ist die Versicherte hier zu behaften (siehe auch Beschwerde, Ziff. 67 in fine).

3.7 An diesem dargelegten Ergebnis (einer massgebenden Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten von 60%) vermögen die weiteren Vorbringen der Parteien nichts zu ändern.

3.7.1 Unbehelflich ist insbesondere auch der Einwand in der Beschwerde (S. 20f.), es sei nicht auszuschliessen, dass es zu Verständigungsproblemen zwischen der Versicherten und Gutachtern kam, da keine Dolmetscherin beigezogen wurde. Einmal abgesehen davon, dass bei der ersten MEDAS-Begutachtung noch eine Dolmetscherin mitwirkte (vgl. IV-act. 30-55/71 Ziff. 5.1 i.V.m. IV-act. 30-41/71 unten), wurde bei der zweiten MEDAS-Begutachtung vermerkt, dass die sprachliche Verständigung in deutscher Sprache gut möglich war (IV-act. 82-52/96 Ziff. 4.2 und 82-89/96 unterhalb der Mitte; siehe auch IV-act. 40-3/11 unten).

3.7.2 Nicht zu hören ist auch der Einwand in der Beschwerde (Ziff. 72ff.), wonach die Resterwerbsfähigkeit der Versicherten in Anbetracht ihres Alters nicht mehr verwertbar sei. Denn hier geht es um einen Leistungsanspruch, welcher auf einer IV-Anmeldung im Sommer 2015 basiert, als die Versicherte noch nicht 55-jährig war und damit eine längere Aktivitätsdauer aufwies. Bei der Erstattung des ersten MEDAS-Gutachtens (vom 1.4.2016), welches für die Festlegung des massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrades für angepasste Tätigkeiten massgebend ist (vgl. oben), war die Versicherte 55-jährig.

3.7.3 Ferner ist auch der Einwand in der Vernehmlassung (S. 5), wonach keine krankheitsbedingte Isolierung vorliege, hier unbeachtlich, da er einzig mit dem Verweis auf die Mitwirkung der Tochter und des Ehemanns (IV-act. 82-6/96 und 82-55/96 unten) untermauert wird. Dass indessen diese Tochter in _____ lebt, selber ein Kind zu betreuen hat und als _____-Doktorandin (jedenfalls damals) offenkundig stark beschäftigt ist, wird von der Vorinstanz nicht thematisiert, weshalb die von der Versicherten geltend gemachte Isolierung nicht hinreichend entkräftet wird.

3.8 Aus all diesen Gründen bleibt es dabei, dass ist die vorinstanzliche Leistungsprüfung auf der Basis einer massgebenden Arbeitsfähigkeit von 60% für leidensangepasste Tätigkeiten vorzunehmen ist.

4.1 Was den Einkommensvergleich anbelangt, berücksichtigte die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung ein Valideneinkommen von Fr. 54'782.--, hergeleitet aus der schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2016, umgerechnet auf 41.7 Arbeitsstunden pro Woche sowie indexiert per 2017 (vgl. IV-act. 137-2/8). Dass ein solches Valideneinkommen zu tief sei, wird von der Versicherten vor Gericht nicht geltend gemacht (siehe auch den letzten, tieferen Jahreslohn in IV-act. 16-2/7), weshalb sich weitere Ausführungen dazu erübrigen.

Beim Invalideneinkommen ist vom gleichen Tabellenlohn auszugehen, wovon bei einer massgebenden Arbeitsfähigkeit von 60% Fr. 32'869.20 anzurechnen sind ($54'782 \times 0.60$). Ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug wird vor Gericht nicht geltend gemacht. Ein solcher kommt hier auch nicht in Frage, nachdem die relevanten Einschränkungen bereits bei der Festlegung des Arbeitsfähigkeitsgrades einflussen und die gleichen Aspekte nicht nochmals für die Begründung eines leidensbedingten Abzuges herangezogen werden können. Bei einem massgebenden Valideneinkommen von Fr. 54'782 und einem Invalideneinkommen von Fr. 32'869.20 resultiert ein IV-Grad von 40% ($54'782 \text{ minus } 32'869.20 = 21'912.80$; $21'912.80 : 54'782 \times 100 = 40$). Damit hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine IV-Viertelsrente. Die Sache wird an die IV-Stelle zurückgewiesen, damit sie den Beginn des Anspruchs auf eine IV-Viertelsrente festlegen und die nachzahlenden IV-Rentenbeträge ermitteln kann. Soweit die Beschwerdeführerin höhere Rentenleistungen (als eine Viertelsrente) beantragt, wird die Beschwerde als unbegründet abgewiesen.

4.2 Dem vorliegenden Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten den Parteien je zur Hälfte auferlegt (womit letztlich auch dem oben berücksichtigten Vergleichscharakter Rechnung getragen wird).

4.3 Für das dargelegte Teilobsiegen wird der beanwalteten Beschwerdeführerin zulasten der Vorinstanz eine reduzierte Parteientschädigung zugesprochen, deren Höhe sich nach dem Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA, SRSZ 280.411) richtet. § 2 GebTRA sieht als Bemessungskriterien die Wichtigkeit der Streitsache, ihre Schwierigkeit, den Umfang und die Art der Arbeitsleistung sowie den notwendigen Zeitaufwand vor. Das Honorar beträgt für die Vertretung vor Verwaltungsgericht grundsätzlich Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- (§ 14 GebTRA). Wird eine spezifizierte Kostennote eingereicht und erscheint sie angemessen, ist sie der Festsetzung der Vergütung zugrunde zu legen, andernfalls wird die Vergütung nach pflichtgemäsem Ermessen festgesetzt (vgl. § 6 Abs. 1 GebTRA). Unter Berücksichtigung all dieser Aspekte und der eingereichten Honorarnote wird die reduzierte Parteientschädigung auf Fr. 2'200.-- (inkl. MwSt und Auslagen) festgelegt. Anzufügen ist, dass das Verwaltungsgericht derzeit einen maximalen Stundenansatz von Fr. 220.-- (inkl. MwSt/ Auslagen) akzeptiert (vgl. VGE II 2021 121 vom 18.1.2022 Erw. 3.3.4).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen teilweise gutgeheissen. Die angefochtene Verfügung vom 10. November 2021 wird dahingehend abgeändert, dass der Beschwerdeführerin eine Viertelsrente (IV-Grad 40%) gewährt wird. Soweit weitere Leistungen bzw. höhere IV-Rentenleistungen gefordert werden, wird die Beschwerde abgewiesen. Die Sache wird an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit sie den Rentenbeginn festlegen und die nachzuzahlenden IV-Rentenleistungen ermitteln kann.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und den Parteien je zur Hälfte (je Fr. 250.--) auferlegt. Die Beschwerdeführerin hat einen Kostenvorschuss von Fr. 500.-- bezahlt, so dass ihr Rückerstattungsanspruch Fr. 250.-- beträgt. Dies wird zahlungsverkehrsmässig so umgesetzt, dass das Gericht den Kostenvorschuss einbehält und die Vorinstanz dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin Fr. 250.-- zu bezahlen hat.
3. Der Beschwerdeführerin wird zulasten der IV-Stelle eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. MwSt/Auslagen) zugesprochen.
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 Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (z.K.).

Schwyz, 8. Juli 2022

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***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: 18. Juli 2022