

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2022 33

Entscheid vom 29. August 2022

Besetzung

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

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Invalidenrente)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. ____1968, geschieden) ist im Kosovo aufgewachsen. Mit 21 Jahren kam sie erstmals in die Schweiz und arbeitete bei C._____ in Wollerau (vgl. IV-act. 3). Ihre am 6. Dezember 2007 in D._____ (Baden-Württemberg) geschlossene Ehe mit E._____ wurde vom Amtsgericht F._____ am 26. Mai 2015 geschieden (ALV/UV-act. 6-852ff./885, IV-act. 106). Von 2012 bis 2016 war sie als Produktionsmitarbeiterin für diverse Firmen tätig (IV-act. 3). Ab 1. Januar 2017 arbeitete sie für die Schokoladenfirma G._____ in H._____. Nach einem Arbeitsunfall (am 2.1.2018) war sie ab 3. Januar 2018 arbeitsunfähig, worauf das Arbeitsverhältnis am 31. August 2018 beendet wurde (IV-act. 3-3/3). Die Unfallverletzungen wurden im Spital I._____ wie folgt umschrieben: Quetschtrauma Dig. V und IV Hand rechts; Stichverletzung Dig. V Hand rechts (bei der Arbeit fiel ihr eine Platte mit einer spitzen Düse auf die rechte Hand, vgl. IV-act. 30-22/73 unten).

B. Am 27. August 2018 erfolgte die Früherfassung bei der IV-Stelle (IV-act. 1), am 27. September 2018 (Eingangsdatum) folgte die IV-Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen (IV-act. 5). Vom 27. Dezember 2018 bis zum 31. Januar 2019 hielt sich A._____ in der Rehaklinik J._____ auf (ALV/UV-act. 4-76/102). Mit Einspracheentscheid vom 29. August 2019 sprach die Suva ihr mit Wirkung ab 1. Juni 2019 eine UVG-Invalidenrente auf der Basis einer unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit von 10% zu (ALV/UV-act. 5-2ff./17).

C. Die von der IV-Stelle vorgenommenen Abklärungen umfassen unter anderem ein interdisziplinäres Gutachten, welches vom K._____ am 16. Januar 2020 erstattet wurde (IV-act. 30). Am 23. Januar 2020 beurteilte der RAD-Arzt Dr.med. L._____ das MEDAS-Gutachten als schlüssig und nachvollziehbar (IV-act. 32). Die IV-Stelle kündigte am 14. Februar 2020 an, ab 1. März 2019 bis 31. August 2019 eine halbe IV-Rente zu gewähren (vgl. IV-act. 34). Dagegen liess A._____ am 11. März 2020 und 20. Mai 2020 Einwände erheben (IV-act. 39 und 45). Gestützt auf weitere Arztberichte veranlasste der RAD-Arzt am 24. November 2020 eine Rückfrage bei der Gutachterstelle (IV-act. 55, 56). Die Antwort der Gutachterstelle folgte am 4. Januar 2021 (IV-act. 57).

Die IV-Stelle erteilte zur Abklärung der Aktivitäten einen Observationsauftrag. Für den Zeitraum vom 11. Dezember 2020 bis 16. Februar 2021 konnte A._____ nur an zwei von insgesamt sechs vorgesehenen Tagen beobachtet werden (vgl. Bericht vom 18.2.2021). Über die durchgeführte Observation wurde der Rechtsvertreter am 1. April 2021 informiert (IV-act. 69).

D. Ebenfalls am 1. April 2021 teilte die IV-Stelle mit, dass eine Verlaufsbeugutachtung bei der gleichen Gutachterstelle vorgesehen sei (IV-act. 70).

In einer Eingabe vom 15. April 2021 nahm der Rechtsvertreter zur Observation sowie der vorgesehenen Begutachtung Stellung und stellte diverse Anträge (IV-act. 75). Im Antwortschreiben vom 22. April 2021 legte die IV-Stelle dar, weshalb den Anträgen von A. _____ nicht stattgegeben werde (IV-act. 77).

Gestützt auf ein Begehren des Rechtsvertreters vom 10. Mai 2021 (IV-act. 79) verfügte die IV-Stelle am 21. Mai 2021, dass an einer Verlaufsbeugutachtung durch die erwähnte Gutachterstelle festgehalten werde (IV-act. 81).

Am 7. Juli 2021 wurden dem Rechtsvertreter die Namen der Sachverständigen bekanntgegeben (IV-act. 89).

Am 13. Dezember 2021 erstattete die K. _____ AG das entsprechende Folgegutachten (IV-act. 96).

E. Am 11. Januar 2022 nahm der RAD-Arzt Dr.med. L. _____ zum Folgegutachten Stellung (IV-act. 99). Gestützt darauf kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 25. Januar 2022 an, ab 1. März 2019 bis 31. August 2019 eine halbe IV-Rente zu gewähren (IV-act. 101). Mit Eingabe vom 28. Februar 2022 liess A. _____ Einwände erheben (IV-act. 107).

Nach einer Stellungnahme des RAD-Arztes zu den Einwänden (IV-act. 110) verfügte die IV-Stelle am 17. Mai 2022, dass A. _____ ab 1. März 2019 bis 31. August 2019 Anspruch auf eine befristete halbe IV-Rente (vorübergehend IV-Grad von 55%, ab Juni 2019 28%) habe.

F. Gegen diese Verfügung reichte A. _____ rechtzeitig am 14. Juni 2022 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Beschwerde ein mit den folgenden Anträgen:

1. Es sei die Verfügung vom 17.5.2022 aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin eine Rente nach Gesetz zuzusprechen.
2. Es sei ein neues, unabhängiges medizinisches Gutachten in Auftrag zu geben.
3. Es sei ein zweiter Schriftenwechsel anzuordnen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Vernehmlassung vom 14. Juli 2022 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zulasten der Beschwerdeführerin. Dazu nahm die Beschwerdeführerin in einer Eingabe vom 16. August 2022 Stellung.

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 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.

1.1.2 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 am 27. September 2018 ein. Nach der Aktenlage ist streitig, ob abgesehen vom befristeten Rentenanspruch (bis 31.8.2019 gemäss Argumentation der Vorinstanz) ein unbefristeter Rentenanspruch (ab 1.3.2019 = sinngemässer Standpunkt der Beschwerdeführerin) besteht. 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.

1.2.1 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).

1.2.2 In diesem Zusammenhang ist hier ergänzend festzuhalten, dass nach der Aktenlage die Versicherte unbestrittenermassen im Gesundheitsfall vollzeitlich erwerbstätig wäre und mithin der massgebende IV-Grad nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs bei Erwerbstätigen vorzunehmen ist.

1.3 Die Invalidität bemisst sich rechtsprechungsgemäss 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 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).

1.5.1 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 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 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 Un-

tersuchungen 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 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.).

1.7 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/Bertschi, Verwaltungsverfahren und Ver-

waltungsrechtspflege 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 17.5.2022) verwirklicht hat.

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 Die Versicherte suchte am 2. Januar 2018, als ihr bei der Arbeit in einer Schokoladenfirma eine Platte mit einer spitzen Düse auf die rechte Hand gefallen war, abends um 18.00 Uhr die Notfallstation des Spitals I. _____ auf. Im gleichentags verfassten Bericht wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-act. 12-26/27):

Quetschtrauma Dig. V und IV Hand rechts
Stichverletzung Dig. V Hand rechts

Die Röntgenabklärung ergab keine Hinweise auf ossäre Läsionen oder Fremdkörper. Nach Desinfektion, Wundspülung, Lokalanästhesie, chirurgischem Wundverschluss mit 3 EKN (Einzelknopfnah), Anlegen eines Verbandes und einer Intrinsic-Plus-Schiene sowie Analgesie nach Bedarf wurde die Versicherte nach Hause entlassen mit der Aufforderung, in den nächsten Tagen eine Wundkontrolle sowie nach 7 Tagen eine Fadenentfernung durchführen zu lassen; eine vollständige Arbeitsunfähigkeit wurde bis zum 8. Januar 2017 (recte: 2018) attestiert (IV-act. 12-26/27).

2.2 Bei einer Verlaufskontrolle im Spital I. _____ vom 7. Februar 2018 stellte Dr.med. M. _____ (Leitender Arzt) die Verdachtsdiagnose eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms nach Quetschtrauma der Hand rechts (CRPS, complex regional pain syndrome), weshalb er eine CRPS Therapie einleitete (IV-act. 12-23/27).

2.3 Der behandelnde Hausarzt (Dr.med.univ. N. _____, Facharzt Innere Medizin, I. _____) stellte in seinem Bericht, welcher bei der IV-Stelle am 2. November 2018 einging, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 12-3/27 Ziff. 2.5):

CRPS Typ 1 der oberen Extremität rechts in Remission
St.n. Quetschtrauma Dig. V und IV Hand rechts und Stichverletzung Dig. V Hand rechts am 02.01.2018

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit listete er was folgt auf (IV-act. 12-3/27 Ziff. 2.6):

Myofaszial-haltungsbedingte Schulterschmerzen rechts
Anpassungsstörung dd Depression
Chron. Rhinosinusitis m. Hinweis für post nasal drip und laryngealer Obstruktion
Chron. Bronchitis - Risikofaktor starke Zigarettenraucherin

2.4 Vom 27. Dezember 2018 bis 31. Januar 2019 hielt sich die Versicherte in der Rehaklinik J._____ auf. Im Austrittsbericht vom 4. Februar 2019 wurden folgende Diagnosen ausgeführt (ALV/UV-act. 4-76/102):

- A. Unfall vom 02.01.2018: Ein Gewicht sei auf die rechte Hand gefallen
- A1 Quetschtrauma rechte Hand
 - A2 CRPS Typ I rechte Hand
 - 02.01.2018 Röntgen Finger IV und V der rechten Hand: Regelrechte Stellungsverhältnisse ohne Hinweis auf frische traumatische ossäre Läsionen
 - 13.02.2018 Nativ-MRI rechte Hand: Diffuses Ödem entlang der Sehenscheiden einzelner Extensoren bzw. in der Subkutis darüber. Kein Hinweis auf eine Tendinopathie.
 - 13.03.2018 CRPS Typ I (ED Dr.med. M._____, Spital I._____)
 - 25.09.2018 CRPS Typ 1 in Remission (Dr.med. O._____, Spital I._____)
 - 27.12.2018 Budapester Kriterien bei Eintritt nicht erfüllt (Rehaklinik J._____)
 - A3 Myofasziale-haltungsbedingte Schulterschmerzen rechts
 - Ätiologie: a.e. sekundär myofaszial bei Schon-/Fehlhaltung i.R. Diagnosen CRPS
 - A4 Nuchale und okzipital lokalisierte Kopfschmerzen
 - a.e. myofaszial-haltungsbedingt
- B. Anpassungsstörung, DD Depression
- C. Asthma (anamnestisch)
- D. Psychiatrische Diagnosen (01/2019) Psychosomatisches Konsilium, Rehaklinik J._____
- D1 Reaktive mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

Als Probleme beim Austritt wurden belastungsabhängige Schmerzen der rechten Hand, eine eingeschränkte Beweglichkeit der rechten Hand sowie eine reduzierte Kraft der rechten Hand aufgeführt (ALV/UV-act. 4-76/102 unten).

Zur Arbeitsfähigkeit, Zumutbarkeit und zu den Eingliederungsperspektiven äuserten sich die Fachpersonen der Rehaklinik J._____ u.a. wie folgt (vgl. ALV/UV-act. 4-77/102, unterhalb der Mitte):

Es wurde eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet. Diese ist teilweise auf eine psychische Störung zurückzuführen.

Die Resultate der physischen Leistungstests sind deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar.

Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lässt sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stützt sich primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lässt sich medizinisch-theoretisch nicht begründen.

Die untenstehende Beurteilung der Zumutbarkeit erfolgt aus unfallkausaler Sicht:

Zumutbarkeit für die berufliche Tätigkeit als Mitarbeiterin Schokoladenfabrik (...)

Tätigkeit nicht zumutbar. Anforderungen zu hoch: Rechte Hand musste feinmotorisch gezielt und repetitiv eingesetzt werden. Das wäre aktuell nicht möglich.

Zumutbarkeit für andere berufliche Tätigkeiten:

Zumutbarkeit in körperlich Hinsicht: (Mindestens) leichte Arbeit.

Spezielle Einschränkungen: Keine Tätigkeiten, die hohe Anforderungen an die Fein- und Zielmotorik der rechten Hand stellen. Tätigkeiten, die festen Faustschluss rechts erfordern und wegen Absturzgefährdung keine Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten.

Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit aus psychiatrischer Sicht:

Die festgestellte psychische Störung begründet aktuell eine mindestens leichte arbeitsrelevante Leistungsminderung (zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen). Aufgrund der reduzierten psychophysischen Belastbarkeit mit deprimierter Verstimmung, vermindertem Antrieb, Schlafstörungen und damit verbundener Tagesmüdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten besteht aktuell aus psychosomatischer Sicht eine vorübergehende mindestens leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

2.5 Med.pract. P. _____ (Fachärztin der Q. _____, Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie APP _____, Standort I. _____) stellte in ihrem Bericht, welcher bei der IV-Stelle am 5. Juli 2019 einging, folgende Diagnosen (IV-act. 18-3/6 Ziff. 2.5):

Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23)

DD: reaktive mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1)

Diese Fachärztin veranschlagte für angepasste Tätigkeiten aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50%, mit guter Prognose; als eingliederungshindernde Faktoren wurden die unzureichenden Deutschkenntnisse sowie die eingeschränkte Beweglichkeit im rechten Arm aufgeführt (IV-act. 18-5/6, Ziff. 4.2ff.).

2.6.1 Nach einer Würdigung der medizinischen Aktenlage empfahl der RAD-Arzt Dr.med. L. _____ (Allgemeinmedizin FMH) am 29. Juli 2019 die Durchführung einer interdisziplinären Begutachtung (IV-act. 20).

2.6.2 Der Begutachtungsauftrag wurde der K._____ AG zugewiesen (IV-act. 23). An der Begutachtung wirkten folgende Sachverständigen mit (IV-act. 30-9/73):

- Dr.med. R._____ (Fachärztin für Neurologie/ Federführung)
- Dr.med. S._____ (medizinische Supervision/ Allg. Innere Medizin FMH)
- Dr. med. T._____ (Fachärztin für Orthop. Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates)
- Dr.med. U._____ (Facharzt für Allg. Innere Medizin)
- Dr.med. V._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie)

2.6.3 Diese Gutachter konnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (IV-act. 30-4/73 unten). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten diese Sachverständigen (IV-act. 30-5/73 oben):

1. Nichtgebrauch der rechten Hand bei anamnestisch CRPS 1 nach Quetsch-Trauma am 02.01.2018 (ICD-10 M89.0)
2. Depressive Episode, nicht näher bezeichnet (F32.9)
3. Muskuläre Dysbalance und Mindertrainiertheit der Wirbelsäulenmuskulatur
4. Arterielle Hypertonie
5. Chronisch bronchitische Beschwerden bei massivem und langjährigem Nikotinabusus
6. Zustand nach Appendektomie (Datum unbekannt)
7. Zustand nach Leistenherniotomie links (Datum unbekannt)

2.6.4 Hinsichtlich der funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen führten die Gutachter u.a. aus (IV-act. 30-5f./73):

Der objektivierbare orthopädisch-traumatologische Befund zeigt keine Symptomatik nach CRPS I. Entsprechend den Budapest-Kriterien bestehen keine Temperaturunterschiede, keine Hyperhidrosis. Die rechte Hand wird nahezu in Krallenstellung festgehalten, kein Faustschluss. Vollständige Streckfähigkeit der Finger wird vermieden. Die Arme zeigen symmetrische Umfänge auf, es lassen sich keine Schonungszeichen erkennen. Bei der orthopädischen Untersuchung zeigt sie die rechte Hand in Schonhaltung, es wird eine Krallenstellung eingenommen. Die rechte Hand wird nicht eingesetzt. An den oberen Extremitäten zeigen sich keine Schonungszeichen und seitengleiche Umfänge. Ansonsten ist der orthopädische Status unauffällig.

(...)

Ein Gesundheitsschaden liegt auf neurologischem Gebiet nicht vor.

Psychiatrische Beurteilung: Die Versicherte zeigt sich themenbezogen, im Zusammenhang mit den Schmerzen und den damit verbundenen Einschränkungen im Alltag, in bedrückt-dysphorischer Stimmung. Über neutrale Themen ist die Versicherte aber gut auflockerbar und modulierbar. Es gibt keinerlei Hinweise für einen Verlust von Interesse und Freude, ferner auch keinen Hinweis für eine depressionsbedingte Antriebsminderung. Die Symptomatik geht nur wenig über eine normalpsychologische nachvollziehbare Depressivität im Zusammenhang mit den Schmerzen und den damit verbundenen Einschränkungen im Alltag hinaus. Im Austrittsbericht der Rehaklinik J._____ vom 04.02.2019 über eine dortige stati-

onäre Reha vom 27.12.2018 bis 31.01.2019 findet sich auch ein psychosomatisches Konsil. In diagnostischer Hinsicht wurde eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Dies ist für die damalige Situation nachvollziehbar. Aktuell sind aber nicht einmal die Kriterien für eine leichte depressive Episode erfüllt. (...)

Hinsichtlich der Schmerzsymptomatik wird keine somatoforme Komponente gesehen. Es gibt hier entsprechend Unterlagen Hinweise für nicht-authentisches Verhalten. Im Abschlussbericht der Rehaklinik J. _____ vom 04.02.2019 wird auf Seite 9 mitgeteilt, dass die Versicherte bei der Untersuchung eine vollständige Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand demonstriert habe. Bei einer Nachbesprechung mit dem Sachbearbeiter habe die Möglichkeit bestanden, die Versicherte ungesehen durch eine Glastür zu beobachten. Offenbar im Rahmen einer psychischen Erregung habe die Versicherte die rechte Hand plötzlich vollumfänglich eingesetzt. Sie habe mit beiden Armen gestikuliert. Auch habe sie mehrfach ein Papier in die Hand genommen, was bei der Untersuchung als nicht durchführbar demonstriert worden sei. Zur Verabschiedung sei der Dolmetscherin und dem Sachbearbeiter die rechte Hand gereicht worden, wobei die Hand vollständig geöffnet und geschlossen worden sei, bei der Untersuchung durch den Kreisarzt sei dies nicht möglich gewesen. (...)

2.6.5 Die Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten, aber auch in der bisherigen Tätigkeit, wurde von den Gutachtern auf 100% veranschlagt. Aus orthopädischer Sicht sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zur stationären Rehabilitation in der Klinik J. _____ plausibel, anschliessend nach Austritt betrage die Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht 100%. Aus psychiatrischer Sicht sei ab 26. Oktober 2019 bei einer mittelgradigen depressiven Episode von einer 50%igen Arbeits(un)fähigkeit auszugehen; während der stationären Behandlung in J. _____ sei die Arbeitsfähigkeit natürlich aufgehoben gewesen. Hinsichtlich der weiteren Entwicklung der Arbeitsfähigkeit lasse sich am ehesten feststellen, dass sich die Arbeitsfähigkeit (aus psychiatrischer Sicht) ab dem Austritt bis zum psychiatrischen Bericht der Q. _____ vom 18. Juni 2019 (letzte Kontrolle) schrittweise von 50% auf 80% erhöht habe. Danach habe sich die Arbeitsfähigkeit weiter schrittweise auf den heutigen Wert von 100% erhöht (IV-act. 30-7/73 unten).

2.6.6 Zudem wurde im SMAB-Gutachten (S. 35) u.a. festgehalten, dass die Versicherte seit August 2019 in einem Beschäftigungsprogramm des RAV zu 50% in einer Holzfirma gearbeitet habe und dabei mit leichten Montagearbeiten betraut gewesen sei. Und weiter wurde ausgeführt, in einem Bericht des Spitals I. _____ (Schmerzambulanz) seien die Kriterien für ein CRPS 1 nicht mehr erfüllt gewesen. Zu diesem Zeitpunkt habe es geheissen, dass eine leichte Arbeit zumutbar sei. Die Versicherte berichte, "die jetzige Tätigkeit könne sie durchaus durchführen" (IV-act. 30-35/73 oben).

2.7.1 In der Folge beurteilte der RAD-Arzt Dr.med. L. _____ das erwähnte SMAB-Gutachten als schlüssig und nachvollziehbar (IV-act. 32).

2.7.2 Der Rechtsvertreter der Versicherten liess dieses Gutachten Dr.med. O. _____ unterbreiten (Oberarzt/ Leiter Schmerzambulanz Spital I. _____), welcher in einer kurzen Stellungnahme vom 5. Mai 2020 u.a. ausführte (IV-act. 45-5/6):

Die Beurteilung durch K. _____ AG kann ich aus schmerztherapeutischer Sicht nur bedingt nachvollziehen. Die bei der letzten Konsultation in meiner Sprechstunde im Januar geschilderte Symptomatik ist zwar als chronifiziert, ausgeweitet und überlagert zu sehen und die Kriterien für ein CRPS waren nicht mehr erfüllt, aber zu Beginn der Behandlung lag definitiv ein CRPS vor. (...) Es ist typisch für ein CRPS in Remission, dass die Kriterien nicht mehr erfüllt werden, aber eine Schmerzsymptomatik noch vorliegt. Die Details und Symptomatik, auch bzgl. definitiv vorliegenden psychosozialen Einflussfaktoren, habe ich in meinen Berichten dokumentiert (...). Schmerz ist eine subjektive Empfindung, mit vielen Einflussfaktoren (biologisch und psycho-sozial), weshalb Arbeitsunfähigkeiten und IV rein auf Basis von Schmerz oft abgelehnt wird. Um eine mögliche Arbeitsfähigkeit bei chronischen Schmerzen beurteilen zu können, müssen Beobachtungen und nicht-schmerzbezogene medizinische Daten herangezogen werden, welche nicht auf den subjektiven Angaben des Patienten resp. der behandelnden Ärzte/ Therapeuten beruhen. (...)

2.7.3 Der Hausarzt Dr.med.univ. N. _____ führte in seinem Kurzbericht vom 1. Juli 2020 an den Rechtsvertreter u.a. aus, bei der Versicherten bestehe nebst einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und initial (in den ersten vier Monaten 2018) ein CRPS I, des Weiteren sekundäre myofaszialhaltungsbedingte Schulterschmerzen beidseits, wobei diese nun links immer mehr zunähmen, da die Versicherte "ja zu 50% arbeiten muss um Geld zu erwirtschaften". Dadurch komme es nun zu einer Überbelastung der linken Seite mit vermehrten Schmerzen im Bereich der linken oberen Extremität. Die langandauernde Schmerzstörung habe zu einer reaktiven Depression geführt (IV-act. 48).

2.8 Im Bericht vom 3. November 2020 informierte pract.med. W. _____ (Oberarzt APP, Q. _____ I. _____) den Rechtsvertreter u.a. wie folgt über den Verlauf (IV-act. 53-2/3):

Die Patientin befindet sich seit dem Oktober 2018 in unserem Ambulatorium und seit Januar 2020 beim Referenten in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Die Patientin berichtete, aufgrund ihrer persistierenden und bleibenden Einschränkung im rechten Arm respektive der rechten Hand nur eine Teilrente (1/4 Rente der IV) bekommen zu haben. Sie könne ihre Einschränkung schwer akzeptieren und sei darüber auch psychisch gereizter, depressiver und verzweifelter geworden. Der Patientin gelang es allerdings im Verlauf für eine ganze Weile im Implus-Programm des RAV zu arbeiten. Dabei war sie in der Holzbearbeitung tätig.

Allerdings kam es im Verlauf dieser Arbeiten zu einer Überlastung ihrer gesunden linken Hand bzw. des linken Armes im Sinne einer Entzündung, so dass die Patientin zeitweise diese Arbeit unterbrechen musste. Aufgrund dieser körperlichen Einschränkungen war die Patientin psychisch wiederum beeinträchtigt und zeigte persistierende depressive Symptome aufgrund der schwierigen Akzeptanz bzw. Nichtakzeptanz ihrer körperlichen Einschränkungen. Es wurde bei uns weitgehend kognitiv-verhaltenstherapeutisch gearbeitet und versucht, die Patientin trotz ihrer bestehenden körperlichen Einschränkungen auf Positives zu fokussieren und auch ihre Ausrichtung hinsichtlich Arbeitsmöglichkeiten entsprechend positiv zu gestalten, was jedoch für die Patientin kaum möglich war. Die Patientin nahm zuletzt Therapietermine nur noch sporadisch wahr und entschuldigte sich häufig, somit konnte die Therapie entsprechend nicht regelmässig fortgesetzt werden. (...)

2.9 Am 24. November 2020 empfahl der RAD-Arzt, die vom Rechtsvertreter formulierten Einwände gegen das Gutachten (vgl. IV-act. 45) der Gutachterstelle zu unterbreiten (IV-act. 55), was in der Folge umgesetzt wurde (IV-act. 56).

In der Antwort vom 4. Januar 2021 führten die Gutachter u.a. aus, dass die Tatsache, wonach die Versicherte in einem Arbeitsprogramm der RAV tätig war, im Gutachten berücksichtigt worden sei. Die während der Begutachtung demonstrierte völlige Unbrauchbarkeit der rechten Hand stehe nachgerade in Diskrepanz zur Tatsache, dass sie halbtags Tätigkeiten in einer Holzwerkstatt verrichtete (IV-act. 57-1/4, ad Ziff. 1).

Dem sinngemässen Vorwurf der mangelnden Auseinandersetzung mit den Eingliederungsmassnahmen bzw. dem Einsatz im Beschäftigungsprogramm hielten die Gutachter entgegen, dass in jedem einzelnen Teilgutachten eine umfassende Analyse des Krankheitsverlaufes durchgeführt und die Eingliederungsmassnahmen eingehend geprüft worden seien (IV-act. 57-1/4, ad Ziff. 2).

Unter Ziffer 5 bringt der Rechtsvertreter vor, im Gutachten berichte die Versicherte über starke Einschränkungen und Hilfsbedürftigkeit im Alltag. Diese Einschränkungen würden glaubhaft geschildert. Eine Auseinandersetzung mit den angegebenen Einschränkungen fehle. Es werde bestritten, dass die Medikamentenspiegel unterhalb der Referenzbereiche lagen. Bekanntlich hänge der Spiegel massgeblich vom Zeitpunkt der letzten Einnahme sowie vom Untersuchungszeitpunkt ab (IV-act. 45-3/6 oben).

Diesbezüglich machten die Gutachter was folgt geltend (IV-act. 57-1f./4, ad Ziff. 5):

Die Einschränkungen im Alltag und die angegebene Hilfsbedürftigkeit sind im Konsens des Gutachtens übereinstimmend nicht nachvollziehbar und nicht begründbar. Der tiefe Medikamentenspiegel führt zu berechtigten Zweifeln an der Compliance der Versicherten. Aufgrund der Art und des Ausmasses der beklagten Beschwerden kann nicht nachvollzogen werden, warum die Medikamentenspiegel so

niedrig sind. Es liegt hier ebenfalls eine Diskrepanz zu den Angaben der Versicherten vor.

2.10 Am 18. Februar 2021 reichte der Rechtsvertreter der Versicherten eine weitere Stellungnahme von Dr.med. O. _____ ein, dessen Inhalt der Rechtsvertreter u.a. wie folgt zusammenfasste (IV-act. 60):

Wie Sie dem Bericht entnehmen können, gehen die funktionellen Einschränkungen auf die zwischenzeitlich eingetretenen Kontrakturen zurück. Diese Kontrakturen werden durch das Nichtbenutzen der Extremität verursacht und entstehen erst im Laufe der Zeit. Aus diesen Gründen ist es auch erklärbar, dass die Versicherte während des Aufenthalts in der Rehaklinik J. _____ ihre Hand teilweise normal einsetzen konnte, da davon auszugehen ist, dass die Muskelverkürzungen damals noch nicht vorgelegen haben. Dies stellt im Gegensatz zu den Ausführungen im verwaltungsexternen Gutachten der K. _____ vom 16.1.2020 keine Inkonsistenzen dar. Auch zum Zeitpunkt des Gutachtens vor über einem Jahr waren die Kontrakturen noch nicht derart stark, dass damit eine völlige Gebrauchsunfähigkeit verbunden gewesen wäre.

(...) Im Übrigen ist es, was dem Bericht von Dr. O. _____ vom 17.2.2021 zu entnehmen ist, in der Zwischenzeit zu einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen. (...)

2.11.1 In der Folge veranlasste die IV-Stelle die Einholung eines Folgegutachtens durch die gleiche Gutachterstelle, wobei für die Bereiche Neurologie, allg. Innere Medizin und Psychiatrie die gleichen Sachverständigen wie bei der ersten Begutachtung mitwirkten, derweil für die Bereiche Orthopädie (neu Dr.med.univ. X. _____) und die medizinische Supervision (neu Dr.med. Y. _____, Facharzt für Chirurgie und Traumatologie) andere Fachärzte tätig wurden (IV-act. 96-13/84 i.V.m. IV-act. 30-9/73).

2.11.2 Diese Sachverständigen stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 96-8/84 Ziff. 4.2):

1. Unklare, funktionelle Bewegungseinschränkung der rechten Hand bei
 - St.n. CRPS Typ I Hand rechts bei
 - St.n. Quetschtrauma der rechten Hand am 02.01.2018 (Arbeitsunfall)
2. Belastungsabhängige Schmerzen an der linken Schulter bei
 - Schulterengpasssyndrom links mit
 - Partialruptur des M. Supraspinatus links
 - AC-Gelenksarthrose links
 - Bursitis subacromialis/subdeltoidea
 - Riss des Labrums anteriorsuperior bzw. superior
3. Belastungsabhängige Schulterschmerzen rechts bei
 - Schulterengpasssyndrom rechts

2.11.3 Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter was folgt an (IV-act. 96-8/84 unten):

1. Arterielle Hypertonie
2. Chronische Bronchitis
 - bei langjährigem und fortgesetztem Nikotinabusus
3. St.n. Appendektomie
4. St.n. Leistenherniotomie links
5. St.n. Epicondylitis humero-radialis rechts
6. Nackenschmerzen bei degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule
7. Depressive Episode, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F32.9)

2.11.4 Hinsichtlich der funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen führten die Gutachter unter Ziffer 4.3 (IV-act. 96-9/84) aus:

Bei der Versicherten besteht weiterhin eine demonstrierte Bewegungseinschränkung an der rechten Hand, wobei die Langfinger, wie vorbeschrieben, in einer Krallen- bzw. Klauenhand-Stellung gehalten werden. Im Rahmen der Begutachtung kann im Konsens keine valide Einschätzung des Schweregrades der funktionellen Einschränkungen der rechten Hand der Versicherten festgelegt werden. Im Observationsmaterial findet sich kein Hinweis für den Gebrauch der rechten Hand bzw. Öffnen der rechten Hand. Die funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen bleiben im Konsens in Bezug auf die angestammte Tätigkeit unklar. Weitere medizinische Massnahmen sollten erfolgen. Unter Einhaltung des Belastungsprofils werden die funktionellen Auswirkungen aller Befunde und Diagnosen im Konsens als ohne Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit (100% in angepasster Tätigkeit) gesehen.

Zum Belastungsprofil, den Belastungsfaktoren und Ressourcen hielten die Gutachter fest (IV-act. 96-9/84 Ziff. 4.5):

Belastungsprofil: Emotional belastende Tätigkeiten sollten vermieden werden. Leichte, wechselbelastende Tätigkeiten sind möglich. Ein Einsatz der rechten Hand als Beihand ist möglich.

Arbeitszwangshaltungen mit vermehrter Belastung der Halswirbelsäule (z.B. repetitive Rotationsbewegungen des Kopfes (>40°) bei fixiertem Oberkörper oder fixierter Blickrichtung in deutlicher Abweichung zur Körperachse). Höhenexponierte (z.B. auf Leitern oder Gerüsten). Überkopfarbeiten.

In angepasster Tätigkeit sind leichte, wechselbelastende Tätigkeiten möglich.

Belastungsfaktoren. Belastend sind die unsichere berufliche Zukunft und die schwierige finanzielle Situation. Auch beschreibt die Versicherte Belastungen durch Ängste, nach Deutschland abgeschoben zu werden. Schlechte Deutschkenntnisse, keine abgeschlossene Berufsausbildung.

Ressourcen: Nennenswerte Ressourcen werden nicht gesehen. Positiv zu sehen ist, dass die Familie des Bruders die Versicherte offenbar längerfristig mitzutragen bereit ist.

Hinsichtlich der Konsistenzprüfung führten die Sachverständigen u.a. aus (IV-act. 96-10/84):

Wie bereits im Vorgutachten ausführlich beschrieben, ergeben sich bei der aktuellen Begutachtung Inkonsistenzen. Das genaue Ausmass der Funktionseinbussen kann aufgrund der Untersuchungsergebnisse nicht valide festgelegt werden. Trotz

der laut Angaben der Versicherten seit über zwei Jahren bestehenden Unfähigkeit, die Langfinger der rechten Hand zu strecken, zeigen sich keine Mazerationen in den Zwischenfingerräumen oder im Bereich der Hohlhand und die Hautfältelung ist auch an den Fingergelenken unauffällig. Gegen das Vorliegen einer Beugekontraktur spricht der Umstand, dass die Beweglichkeit im rechten Handgelenk bei der Palmarflexion im Seitenvergleich nur endgradig eingeschränkt ist (bei gleichzeitiger Flexion in den Grund- und proximalen Interphalangealgelenken der Langfinger) und dass sich bei der Umfangmessung der Unterarme, des Handgelenkes und der Mittelhand im Seitenvergleich keine wesentlichen Umfangdifferenzen zeigen. Die von der Versicherten angegebene Gewichtszunahme kann nicht verifiziert werden. Im Gegenteil betrug das Gewicht heute 4 kg weniger als bei der letzten Begutachtung vor fast zwei Jahren. Was ebenfalls nicht ganz nachvollzogen werden kann ist die ablehnende Haltung der Versicherten gegenüber dem Medikament Venlafaxin, welche sie als Droge bezeichnete und sie fertigmache. Überdies habe es zu der angegebenen Gewichtszunahme beigetragen. Unverständlich hierbei ist, dass gemäss letzter Begutachtung dasselbe Medikament bereits 2019 eingenommen wurde, also mittlerweile eine langjährige Einnahme vorliegt. Bei einer derartigen Intoleranz wie von der Versicherten beschrieben, hätte man erwartet, dass das Medikament mittlerweile ab- oder ersetzt worden wäre. Entgegen ihren Angaben, dass sie die Finger nicht strecken könne, spannt sie bei dem Versuch, die Hand passiv zu öffnen, aktiv dagegen. Falls Paresen der Fingerstrecker vorliegen würden, müsste sich die Hand passiv problemlos öffnen lassen.

Bis auf zwei sehr kurze Sequenzen wurde die rechte Hand von der Versicherten nicht eingesetzt und geschlossen gehalten. Wenn auch nur sehr kurz (beim Schliessen der Tür und beim Anziehen der Jacke), jedoch erkennbar, wird die Hand von der Versicherten eingesetzt.

Zusammenfassend beurteilten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit der Versicherten für angepasste (leichte, wechselbelastende) Tätigkeiten (unter Einhaltung des erwähnten Belastungsprofils bzw. Vermeidung gewisser Arbeitszwangshaltungen, Überkopfarbeiten etc.) auf grundsätzlich 100% (IV-act. 96-10/84 Ziff. 4.8 i.V.m. 96-9/84 Ziff. 4.5).

2.12 Am 11. Januar 2022 beurteilte der RAD-Arzt Dr.med. L._____ das Follegutachten als schlüssig und nachvollziehbar. Zudem wiederholte er aus den Angaben der Gutachter die Umschreibung der Arbeitsfähigkeit von 100% für angepasste, leichte wechselbelastende Tätigkeiten (inkl. Einsatz der rechten Hand als Beihand), bzw. welche Körperhaltungen bei den (leichten) Arbeiten zu meiden seien (IV-act. 99).

2.13 Zur Objektivierung der Beugekontraktur an der rechten Hand hatte der orthopädische Gutachter entweder eine erneute stationäre Rehabilitation mit längerem Beobachtungszeitraum in der Rehaklinik J._____ oder eine Untersuchung der rechten Hand "in Plexusanästhesie" (als invasive Massnahme) empfohlen (vgl. IV-act. 96-66/84 unterhalb der Mitte, siehe auch in der Zusammenfassung in 96-7/84 unten).

Diesbezüglich veranlasste der Rechtsvertreter eine Rückfrage an den behandelnden Hausarzt Dr.med.univ. N._____, welcher sich dazu am 22. Februar 2022 wie folgt äusserte (IV-act. 107-5/5):

Sie haben der Patientin am 28.1.2022 in ihrem Brief die Frage gestellt, weshalb sie der Funktionsprüfung der rechten Hand in Narkose nicht zugestimmt hätte. Ich habe mit Herr Dr. O._____ dies noch besprochen. Er hat mir geschildert, wie denn diese Untersuchung erfolgen soll, es ist nicht nur eine Narkose, sondern auch noch eine Muskelrelaxation dazu erforderlich, dann wird sozusagen völlig unter Ausschaltung des Bewusstseins, des Schmerzempfindens und einer selbständigen Handlung der Arm bewegt und die Hand ebenso. Wir halten das beide für nicht zielführend, da dieses nur den Schluss zulassen würde, dass unter Ausschaltung der Schmerzschwelle der Muskelanspannung durch die Relaxation und des Bewusstseins eine passive Beweglichkeit möglich wäre. Leider lässt sich nicht sagen, ob anschliessend deutlich stärkere Schmerzen auftreten, was aus unserer Sicht nicht im Interesse der Patientin liegt.

Konfrontiert mit diesen Einwänden äusserte sich der RAD-Arzt Dr.med. L._____ in seiner Stellungnahme vom 14. März 2022 wie folgt (IV-act. 110):

Kurzbericht Dr. N._____: Aus medizinischer Sicht ist lediglich in Erfahrung zu bringen, dass die Versicherte einer Untersuchung der rechten Hand in Plexusanästhesie nicht zugestimmt hat. Eine solche Abklärung wurde durch die Medas ange-regt, durch uns aber nicht verlangt.

Bei dieser Untersuchung ginge es um die Frage, ob die rechte Hand Kontrakturen ausweist oder nicht.

Aus medizinischer Sicht ergibt sich insgesamt nichts Neues im Vergleich zum GA Medas K._____ von 12/21.

3. Eine gerichtliche Würdigung all dieser Angaben sowie der medizinischen Aktenlage zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

3.1 Im vorliegenden Fall ist die Versicherte - nachdem zwei interdisziplinäre MEDAS-Gutachten (vom 16.1.2020 sowie vom 13.12.2021) vorliegen - im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 ATSG) hinreichend abgeklärt worden. Nach dem Gutachten vom 16. Januar 2020, welches auf klinischen Untersuchungen vom 23. Oktober 2019, vom 31. Oktober 2019 und vom 18. November 2019 (vgl. IV-act. 30-3/73 oben) basiert, hatte der Rechtsvertreter am 18. Februar 2021 eine weitere gesundheitliche Verschlechterung geltend gemacht (vgl. IV-act. 60), weshalb in nachvollziehbarer Weise ein Folgegutachten durch die gleiche Gutachterstelle in Auftrag gegeben wurde, wobei es zusätzlich auch noch darum ging, die eingegangenen Observationsunterlagen in die medizinische Beurteilung einzubeziehen (siehe IV-act. 68, 70, 77, 81), was keinen Anlass zur Beanstandung gibt.

Soweit die Sachverständigen im ersten Gutachten auch für die Versicherte eher ungünstige Aspekte und Schlussfolgerungen darlegten (vgl. u.a. IV-act. 30-4/73

2. Abs. "eine erhebliche Symptomausweitung", 3. Abs. "die Unfähigkeit, die rechte Hand zu öffnen, kann weder neurologisch noch orthopädisch erklärt werden" und gleicher Absatz in fine; IV-act. 30-7/73 oben, 2. Abs. etc.), ist klarzustellen, dass es einem Gutachter grundsätzlich möglich sein muss, ein für den Exploranden unvorteilhaftes Untersuchungsergebnis klar und deutlich auszusprechen und seine Sicht der Dinge darzulegen, ohne dass deshalb auf eine Voreingenommenheit geschlossen werden darf (vgl. VGE III 2015 142 vom 24.9.2015 Erw. 2.5.3; VGE I 2013 23 vom 4.12.2014 Erw. 6.3; VGE I 2010 116 vom 25.10.2010 Erw. 3.1, je mit Verweis auf Urteil EVGE I 38/98 vom 6.9.1999 i.Sa. M. Erw. 3b in fine; siehe auch BGE 132 V 110 Erw. 7.2.2). Eine Vorbefassung eines Sachverständigen infolge einer vorangegangenen Begutachtung begründet nicht ohne weiteres den Anschein der Befangenheit. Vielmehr ist danach zu fragen, ob das Ergebnis der Begutachtung nach wie vor als offen und nicht vorherbestimmt erscheint. Kann die Offenheit - wie im vorliegenden Fall - nach der Aktenlage klar bejaht werden, ist die Besorgnis der Voreingenommenheit trotz Vorbefassung unbegründet (siehe VGE I 2011 156 vom 16.5.2012 Erw. 2 mit Hinweisen, u.a. auf Kiener/Krüsi, Die Unabhängigkeit von Gerichtssachverständigen, in: ZSR 2006 S. 487ff. S. 504; BGE 132 V 93 Erw. 7.2.2; Urteil des Bundesgerichts 1P.431/2002 vom 6.11.2002 Erw. 2.6.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 16 S. 41; Urteil 8C_89/2007 vom 20.8.2007 Erw. 6.2; BGE 147 V 79 Erw. 7.4.2 S. 84f.). Im Übrigen belegt der Umstand, wonach im Folgegutachten - anders als im ersten MEDAS-Gutachten - Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden, dass die Sachverständigen grundsätzlich unvoreingenommen die Versicherte untersucht und beurteilt haben.

3.2 Sodann ist mit der Vorinstanz dem hier vorliegenden Folgegutachten vom 13. Dezember 2021 volle Beweiskraft beizumessen, denn es entspricht den gesetzlichen und den von der Rechtsprechung formulierten Anforderungen. Es beruht auf eingehender Anamneseerhebungen sowie eigenen, umfangreichen Untersuchungen. Aus dem Gutachten geht hervor, dass den untersuchenden Ärzten die massgeblichen Unterlagen zur Verfügung standen. Was die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der Schlussfolgerungen der Sachverständigen anbelangt, drängen sich die nachfolgenden Ausführungen auf.

3.2.1 Im neurologischen Teilgutachten wurde folgende zusammenfassende Würdigung vorgenommen, welche ohne weiteres nachvollziehbar ist (IV-act. 96-36/84 Mitte):

Unverändert zur Vorbegutachtung demonstriert die Versicherte eine geschlossene Hand, welche sich nach ihren Angaben nicht öffnen lässt. Beim Versuch, die Hand passiv zu öffnen, spannt die Versicherte aktiv dagegen, somit ist die Innervation vorhanden. Hinweise für eine umschriebene Nervenschädigung oder neurologi-

sche Diagnose, die dieses Phänomen erklären könnte, liegen nicht vor. Soweit die Versicherte die neurologische Untersuchung toleriert, zeigt sich ein unauffälliger neurologischer Befund. Atrophien oder Kontrakturen sind an der Hand nach wie vor nicht feststellbar. Eine neurologische Erklärung findet sich nicht. Auf neurologischem Gebiet kann unverändert zur Vorbegutachtung keine Diagnose gestellt werden.

3.2.2 Im orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten wurde u.a. festgehalten, dass die Versicherte zur Entkleidung der oberen Extremität die rechte Hand als Beihand einsetzte und dass die Arme im Schultergelenk beim Überkopfstreifen der Kleidung über die Horizontale geführt wurden (IV-act. 96-56/84 unten). In diesem Teilgutachten wurde die Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen wie folgt zusammengefasst (IV-act. 96-64/84 unten):

Bei der Versicherten besteht weiterhin eine funktionelle Bewegungseinschränkung an der rechten Hand, wobei die Langfinger, wie vorbeschrieben, in einer Krallen- bzw. Klauenhand-Stellung gehalten werden. Eine Objektivierung der Beugekontraktur an der rechten Hand ist aus orthopädischer Sicht nicht möglich. Im Observationsmaterial findet sich kein Hinweis für den Gebrauch der rechten Hand bzw. Öffnen der rechten Hand. Neu im Vergleich zum Vorgutachten sind die Schulterprobleme beidseits. Während sich damals eine muskuläre Dysbalance und Mindertrainiertheit der Wirbelsäulenmuskulatur zeigte, bestehen heute Nackenschmerzen bei degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule.

Der orthopädische Teilgutachter konnte hinsichtlich des Schweregrades der funktionellen Einschränkungen der rechten Hand keine valide Einschätzung vornehmen (vgl. IV-act. 96-65/84 oben). Diesbezüglich empfahl er zur Objektivierung der Beugekontraktur an der rechten Hand entweder eine erneute stationäre Rehabilitation mit längerem Beobachtungszeitraum in der Rehaklinik J. _____ oder eine Untersuchung der rechten Hand in Plexusanästhesie (IV-act. 96-66/84 Mitte), wie auch zutreffend in der Beschwerde angesprochen wurde (S. 4ff.).

Allerdings betreffen die vorgeschlagenen Zusatzabklärungen ausschliesslich die Fragestellung, inwiefern die funktionellen Einschränkungen der rechten Hand objektiviert werden könnten. Für den Fall, dass die rechte Hand nur als "Beihand" (einfache Zudienhand) eingesetzt wird - was im konkreten Fall bei der klinischen Untersuchung durch den orthopädischen Facharzt dokumentiert wurde (vgl. IV-act. 96-56/84 unten; siehe analog auch das observierte Treppenwischen vom 27.1.2021 bei Schneeverhältnissen) - braucht es die vorgeschlagenen Zusatzabklärungen nicht. Zu beachten ist, dass der orthopädische Teilgutachter einen Einsatz der rechten Hand als Beihand ausdrücklich als möglich und zumutbar beurteilt hat (IV-act. 96-65/84 unten), was im konkreten Fall einleuchtet und nachvollziehbar ist. Dies gilt erst recht, wenn die aktenkundigen Inkonsistenzen mitberücksichtigt werden.

3.2.3 Als inkonsistent ist im vorliegenden Fall vorab zu beachten,

- dass bei einem gesundheitlich bedingten Ausfall der rechten Hand erfahrungsgemäss ein solcher Nichtgebrauch der rechten Hand sich - im Vergleich zur Ausgestaltung der Muskelpartien einer ausschliesslich eingesetzten linken Hand - durch entsprechende Muskelatrophien (rechts) zeigen würde, was gerichtsnotorisch ist,
- und dass sowohl im ersten Gutachten "keine Schonungszeichen und seitengleiche Umfänge" feststellbar waren (vgl. IV-act. 30-35/73 Mitte, siehe auch IV-act. 30-34/73 unterhalb der Mitte ["die Arme zeigen symmetrische Umfänge auf, es lassen sich keine Schonungszeichen erkennen"] sowie IV-act. 57-2/4 oben, ad Ziff.6),
- als auch im Folgegutachten im Seitenvergleich keine relevanten Differenzen erhoben werden konnten (vgl. IV-act. 96-10/84 oben [dass sich bei der Umfangmessung der Unterarme, des Handgelenkes und der Mittelhand im Seitenvergleich keine wesentlichen Umfangdifferenzen zeigen]; IV-act. 96-57/84, 4. Abs. in fine sowie ganz unten "im Seitenvergleich unauffällig"; IV-act. 96-58/84 oben "inspektorisch keine wesentliche Umfangdifferenz des rechten Unterarms im Seitengleich"; "Hauttemperatur und Hautfarbe sind an beiden Händen seitengleich" etc.).

Zu diesen fehlenden Schonungszeichen hat sich die beanwaltete Beschwerdeführerin auch nicht ansatzweise geäussert, namentlich nimmt sie auch in ihrer Eingabe vom 16. August 2022 dazu nicht Stellung. Soweit sie in dieser zuletzt angesprochenen Eingabe (S. 2 Ziff. 1) argumentiert, "dass die Beschwerdeführerin ihre dominante Hand nicht einsetzt", bleibt sie weiterhin die Antwort schuldig, weshalb sich diese geltend gemachte, seit längerem fehlende Einsetzbarkeit dieser Hand im Seitenvergleich (zur vorgebrachten, ausschliesslich eingesetzten Hand) nicht durch eine Rückbildung bzw. Ausgestaltung der entsprechenden Muskelpartien erkennbar sei.

3.2.4 Des Weiteren ist das auffällige Verhalten der Versicherten zu berücksichtigen. Der Facharzt für Chirurgie med.pract. Z. _____ stellte anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 7. Dezember 2018 fest, dass die Versicherte "eine vollständige Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand demonstriert", hingegen bei der Nachbesprechung durch eine Glastüre beobachtet werden konnte, wie die Versicherte "im Rahmen einer psychischen Erregung" "die rechte Hand plötzlich vollumfänglich" einsetzte, mit beiden Händen gestikulierte und mehrfach ein Papier mit der Hand nahm, was zuvor bei der Untersuchung "als nicht durchführbar demonstriert wurde" (ALV/UV-act. 1-19/137). Darauf wurde zu Recht auch in der Vernehmlassung (Ziff. 3) hingewiesen.

Zu diesem auffälligen Verhalten wird in der Eingabe vom 16. August 2022 (S. 2) einzig vorgebracht: "Dass die Beschwerdeführerin die Hand angeblich vollumfänglich eingesetzt haben soll, ist in den Akten einzig in dem von der Beschwerdegegnerin erwähnten Abschlussbericht der Rehaklinik J._____ enthalten". Dass aber diese Beobachtung in der Rehaklinik J._____ "falsch oder erfunden" sei, wird vor Gericht nicht vorgebracht.

Vielmehr hat der gleiche Rechtsvertreter in seiner Eingabe vom 18. Februar 2021 an die Vorinstanz anerkannt, "dass die Versicherte während des Aufenthalts in der Rehaklinik J._____ ihre Hand teilweise normal einsetzen konnte" (IV-act. 60). Allerdings fehlte damals (und heute) eine plausible Erklärung, weshalb die Versicherte diese Hand nicht bei klinischen Untersuchungen, sondern grundsätzlich nur dann "normal einsetzen konnte", wenn sie sich unbeobachtet fühlte.

3.2.5 Bei dieser Sachlage verhält es sich so, dass die Versicherte im Rahmen der klinischen Untersuchung durch den Kreisarzt eine "vollständige Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand" präsentierte, gleichentags aber (als sie sich vermeintlich unbeobachtet fühlte) mit der angeblich nicht einsetzbaren Hand "mehrfach ein Papier in die Hand nahm" sowie zudem zur Verabschiedung der Dolmetscherin die rechte Hand reichte, "wobei die Hand vollständig geöffnet und geschlossen" wurde (vgl. ALV/UV-act. 1-19/137 unten).

Nachdem diese Diskrepanzen in der Vernehmlassung (Ziff. 3) ausdrücklich thematisiert wurden, wäre es Sache der beanwalteten Beschwerdeführerin gewesen, in ihrer Eingabe vom 16. August 2022 zur vorinstanzlichen Vernehmlassung namentlich zu diesen Diskrepanzen Stellung zu nehmen und eine plausible Erklärung vorzubringen, weshalb ihr nicht angelastet werden dürfe, dass sie die Einsetzbarkeit dieser Hand bei klinischen Untersuchungen anders präsentiert als in (vermeintlich) unbeobachteten Situationen.

3.2.6 Im Übrigen wurde im Austrittsbericht der Rehaklinik J._____, wo sich die Versicherte über einen Monat aufgehalten hatte (27.12.2018 - 31.1.2019), darauf hingewiesen, dass sie passive Bewegungen der Hand aufgrund von Schmerzen gar nicht zulies und sich zu aktiven Bewegungen von Handgelenk und Fingern nicht in der Lage sah, indessen "unter Ablenkung" "deutlich mehr Bewegung beobachtbar" war (ALV/UV-act. 4-81/102 oben).

3.2.7 Abgesehen davon wurde im Rahmen der zweiten MEDAS-Begutachtung beobachtet, dass die Versicherte - wenn auch nur sehr kurz - die rechte Hand erkennbar einsetzte (und zwar beim Schliessen der Tür und beim Anziehen der Jacke, vgl. IV-act. 96-10/84 unterhalb der Mitte, i.V.m. IV-act. 96-32/84 unten). Bei dieser Sachlage verhält es sich (auch) bei der zweiten Begutachtung so, dass die

Versicherte zwar einerseits eine vollständige Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand geltend machte (z.B. in IV-act. 96-44/84 Ziff. 4.1, IV-act. 96-52/84 unten), andererseits aber diese vorgebrachte Darbietung nicht konsequent einhielt (vgl. IV-act. 96-10/84 unterhalb der Mitte/ IV-act. 96-32/84 unten).

3.3 Im Lichte solcher Inkonsistenzen und der gesamten Aktenlage ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung die Arbeitsfähigkeit von 100% in einer angepassten Tätigkeit auf die vom RAD-Arzt aus dem Folgegutachten hergeleitete Umschreibung einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit festgelegt hat, welche dadurch geprägt ist:

- dass der Einsatz der rechten Hand nur (aber immerhin) als Beihand beschränkt bleibt;
- dass Arbeitszwangshaltungen mit vermehrter Belastung der HWS (z.B. repetitive Rotationsbewegungen des Kopfes [$> 40^\circ$] bei fixiertem Oberkörper oder fixierter Blickrichtung in deutlicher Abweichung zur Körperachse) vermieden werden;
- dass höhenexponierte Tätigkeiten (z.B. auf Leitern oder Gerüsten) vermieden werden;
- und dass Überkopfarbeiten vermieden werden (vgl. IV-act. 99 i.V.m. IV-act. 96-9/84 Ziff. 4.5 und die Angaben in der angefocht. Verfügung).

In diesem Zusammenhang sind die Einwände in der Beschwerde (S. 4 unten) und in der Eingabe vom 16. August 2022 (Ziffer 2), wonach die Gutachter u.a. "ein relativ schwammiges Arbeitsplatzprofil" formuliert hätten, nicht zu hören. Vielmehr übersieht die Beschwerdeführerin (bzw. ihr Rechtsvertreter) die höchstrichterliche Rechtsprechung, welche für Personen, die funktionell als Einarmige zu betrachten sind, auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten annimmt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_300/2019 vom 28.10.2019 Erw. 5.3.3; vgl. auch Urteil 8C_151/2020 vom 15.7.2020 Erw. 6.2, publ. in SVR-Rechtsprechung 2/2021 IV Nr. 7; siehe auch Urteil 8C_670/2015 vom 12.2.2016 Erw. 4.3 mit weiteren Hinweisen). Der Argumentation in der Eingabe vom 16. August 2022 (Ziff. 2), wonach typische Fliessbandarbeiten ausser Betracht fielen und auch Überwachungstätigkeiten sich mit dem betreffenden Arbeitsprofil nicht finden liessen, "da häufige repetitive Kopfbewegungen in beiden Arbeiten vonnöten" seien, ist zum einen entgegenzuhalten, dass gemäss dem gutachtlichen Ergebnis nicht Rotationsbewegungen des Kopfes an sich unzumutbar sind, sondern repetitive Rotationsbewegungen des Kopfes $> 40\%$ zu vermeiden seien (IV-act. 96-9/84 i.V.m. 96-64/84 und 96-65/84 unterhalb der Mitte). Zum andern ist hier zu berücksichtigen, dass die Versicherte

beim observierten Schneewischen vom 27. Januar 2021 auf einer Treppe den Kopf ohne weiteres nach unten und auf die Seite neigen konnte (vgl. den observierten Schneeräumungsvorgang, welcher notabene einen gewissen Krafteinsatz erforderte).

Entgegen der Darstellung in der Beschwerde (Ziff. 9) ist im konkreten Fall kein genaueres Arbeitsplatzprofil zu erstellen. Dies gilt erst recht, wenn wie hier Anhaltspunkte vorliegen, dass das zumutbare Leistungsvermögen mehr umfasst, als die Versicherte bei den betreffenden Untersuchungen zeigte bzw. zu zeigen bereit war. Im Übrigen sind die Einwände in der Eingabe vom 18. August 2022 (Ziff. 4 in fine und Ziff. 5ff.), wonach (sinngemäss) kaum Versicherte in solche einfachen Kontroll- und Überwachungstätigkeiten tatsächlich wiedereingegliedert worden seien und zwischenzeitlich strukturelle Veränderungen stattgefunden hätten (weg vom Industriesektor in den Dienstleistungsbereich), hier nicht zu hören. Ungeachtet der vom Rechtsvertreter in der Eingabe vom 16. August 2022 geäusserten Kritik an der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hat das urteilende Gericht keinen Anlass, diese höchstrichterliche Rechtsprechung zum ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage zu stellen, zumal im konkreten Fall erhebliche, nicht ausgeräumte Inkonsistenzen bestehen.

3.4 Aus diesen dargelegten Gründen hat die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung zu Recht auf das schlüssige und voll beweistaugliche Folgegutachten abgestellt. Im Übrigen wäre im Rahmen einer zulässigen antizipierten Beweiswürdigung nicht damit zu rechnen, dass durch weitere Abklärungen neue relevante Erkenntnisse zu erwarten wären. Dies gilt erst recht, wenn man sich die dargelegten Inkonsistenzen sowie die aktenkundige, kaum vorhandene bzw. kaum erkennbare Motivation für eine Arbeitsstelle (vgl. IV-act. 96-73/84 unten) vor Augen hält.

4. In der Folge ist zu prüfen, wie sich der oben dargelegte, hier massgebende Arbeitsfähigkeitsgrad in erwerblicher Hinsicht auswirkt. Wie erwähnt würde die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ein Vollzeit-Erwerbsspensum ausüben (vgl. Erw. 1.2.2), weshalb der IV-Grad nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu ermitteln ist.

4.1.1 Für die Bemessung des Valideneinkommens (bzw. des Einkommens im Gesundheitsfall) ist grundsätzlich entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und ihrer persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte. Das Valideneinkommen ist so konkret wie möglich festzusetzen.

Da nach empirischer Erfahrung in der Regel ohne gesundheitliche Beeinträchtigung die bisherige Tätigkeit weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_134/2021 vom 8.9.2021 Erw. 3.2 mit Verweis auf BGE 134 V 322 Erw. 4.1; Urteil 9C_109/2020 vom 17.11.2020 Erw. 2.2.2). Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 Erw. 3.3.2 mit Hinweisen).

4.1.2 In der angefochtenen Verfügung ermittelte die Vorinstanz ein Valideneinkommen von Fr. 55'222.-- (per 2019), was von der beanwalteten Beschwerdeführerin vor Gericht nicht in Frage gestellt wird (auch nicht in der Eingabe vom 16.8.2022). Damit erübrigen sich weitere Ausführungen zum Valideneinkommen.

4.2.1 Zu prüfen ist sodann das von der Beschwerdeführerin trotz Gesundheitsschaden erzielbare Invalideneinkommen. Hat die versicherte Person - wie hier - nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung die Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_370/2020 vom 15.10.2020 Erw. 11.1 mit Verweis auf BGE 143 V 295 Erw. 2.2 S. 296).

Praxisgemäss können persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad einen auf höchstens 25% begrenzten Leidensabzug vom LSE-Tabellenlohn rechtfertigen, soweit anzunehmen ist, dass die trotz des Gesundheitsschadens verbleibende Leistungsfähigkeit infolge eines oder mehrerer dieser Merkmale auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwertet werden kann (zit. Urteil 8C_370/2020 Erw. 11.1 mit Verweis auf BGE 142 V 178 Erw. 2.5.7 i.f. S. 189, 135 V 297 Erw. 5.2 S. 301).

4.2.2 Im konkreten Fall hat die Vorinstanz als Ausgangswert zur Ermittlung des massgebenden Invalideneinkommens auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE 2018), Tabelle TA1, Frauen, Kompetenzniveau 1, indexiert per 2019 abgestellt. Von diesem Ausgangswert (von Fr. 55'222.--) hat sie ab Juni 2019 bei einer Arbeitsfähigkeit von zunächst 80% ab Juni 2019 insgesamt Fr. 44'177.60 ($55'222 \times 0.80$) und bei einer Arbeitsfähigkeit von 100% ab November 2019 den ganzen Betrag berücksichtigt und je einen leidensbedingten

Abzug von 10% gewährt, was für den Zeitraum ab Juni 2019 ein Invalideneinkommen von Fr. 39'759.85 ($55'222 \times 0.80 \times 0.90$) sowie für den Zeitraum ab November 2019 ein Invalideneinkommen von Fr. 49'699.80 ($55'222 \times 0.90$) ergibt.

Hinsichtlich dieser Berechnung bringt die Beschwerdeführerin vor Gericht zum einen vor, dass der maximale leidensbedingte Abzug von 25% zu gewähren sei.

4.2.3 Selbst wenn ein höherer leidensbedingter Abzug gewährt würde, was hier hier nicht abschliessend zu behandeln ist, liesse sich höchstens ein solcher von 20% rechtfertigen, womit aber weiterhin kein rentenbegründender IV-Grad von mindestens 40% entstünde, auch nicht für den Zeitraum ab Juni 2019, wo noch mit einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% gerechnet wird. Denn für diesen Fall betrüge das Invalideneinkommen Fr. 35'342.10 ($55'222 \times 0.80 \times 0.80$). Bei einem Valideneinkommen von Fr. 55'222.-- (siehe oben) und einem Invalideneinkommen von Fr. 35'342.10 würde ein nicht rentenbegründender IV-Grad von 36% resultieren ($55'000 \text{ minus } 35'342.10 = 19'879.90$; $19'879.90 : 55'222 \times 100 = 35.99$).

4.2.4 Zum andern wird in der Eingabe vom 16. August 2022 (Ziff. 8) geltend gemacht, dass aufgrund des limitierten Arbeitsprofils der Beschwerdeführerin ihr nur Arbeiten im Lohnniveau von "sonstigen persönlichen Dienstleistungen" mit Bruttolohn von durchschnittlich Fr. 3'900.-- (LSE 2018, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 2) offen stünden. Auch dieser Argumentation der Beschwerdeführerin kann hier nicht gefolgt werden, da entgegen ihrer Auffassung nicht nur persönliche Dienstleistungen in Frage kommen. Im Einklang damit steht auch, dass die Versicherte leichte Holzmontagearbeiten zu 50% ausüben konnte (IV-act. 30-35/73 1. und 2. Abs.), womit grundsätzlich auch weitere (Überwachungs-)Tätigkeiten ohne manuelle (leichte) Montagearbeiten in Frage kommen (vgl. auch oben, Erw. 3.3), was für die Anwendung des sogenannten Zentralwertes (Median), bezogen auf den Totalwert (Durchschnittswert aller Wirtschaftszweige) spricht.

5. Aus all diesen Gründen erweist sich die Beschwerde als unbegründet. An diesem Ergebnis vermögen die weiteren Vorbringen der Beschwerdeführerin (auch diejenigen in der Eingabe vom 16.8.2022) nichts zu ändern. Bereits erwähnt wurde, dass im konkreten Fall nach zwei MEDAS-Gutachten kein drittes Gutachten erforderlich ist, zumal für die angesprochenen Inkonsistenzen die Versicherte einzustehen hat. Daraus, dass die Versicherte im Verlauf (bzw. in vermeintlich unbeobachteten Situationen) mehr zu leisten vermag (auch mit der betreffenden Hand), als sie in Untersuchungssituationen präsentiert(e), kann sie hier grundsätzlich nichts zu ihren Gunsten ableiten.

6. Dem vorliegenden Ergebnis entsprechend sind die Verfahrenskosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Von einem Inkasso ist vorderhand abzusehen, nachdem die Voraussetzungen zur Gewährung der beantragten unentgeltlichen Rechtspflege (inkl. unentgeltliche Rechtsverteidigung) gegeben sind.

Das Honorar für die unentgeltliche Verteidigung richtet sich nach dem Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411). § 2 des Gebührentarifs 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 Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- (§ 14 GebTRA). Eine allfällige Kostennote ist zu spezifizieren und vor Fällen des Entscheides einzureichen; andernfalls wird die Vergütung nach freiem Ermessen festgesetzt (§ 6 Abs. 1 GebTRA). Das Verwaltungsgericht befolgt bei der Entschädigungsbemessung praxisgemäss eine zurückhaltende Praxis. Dies entspricht § 74 Abs. 1 VRP, welcher nur von einer angemessenen Entschädigung spricht (vgl. dazu Art. 105 f. ZPO). Im Lichte all dieser Aspekte wird das Honorar ermessensweise auf Fr. 2'200.-- (inkl. MwSt und Spesen) festgelegt.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr) werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Beschwerdeführerin auferlegt. Von einem Inkasso wird unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege vorderhand abgesehen.
3. Der Beschwerdeführerin wird die unentgeltliche Rechtsverteidigung gewährt. Rechtsanwalt lic.iur. B. _____ wird als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Ihm wird aus der Gerichtskasse ein Honorar von insgesamt Fr. 2'200.-- (inkl. MwSt und Spesen) ausbezahlt.
4. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- sowie das erwähnte Honorar von Fr. 2'200.-- dem Gericht zurückzuerstatten, wenn sie dazu innert 10 Jahren seit Eintritt der Rechtskraft des Entscheides in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP, SRSZ 234.110).
5. 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).
6. Zustellung an:
 - den Vertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R, inkl. Eingabe der Versicherten vom 16.8.2022)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

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: 1. September 2022