

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2023 17

Entscheid vom 8. Juli 2024

Besetzung

lic.iur. Achilles Humbel, Präsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____,
Beschwerdeführerin,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Invalidenrente)

Sachverhalt:

A. A. _____ (nachstehend: die Versicherte), geboren _____ 19__, lebte bis September 19__ in B. _____, wo sie das Z. _____ besuchte und eine Ausbildung zur ZZ. _____ absolvierte. Mit xx Jahren kam sie in die Schweiz, wo sie im _____ arbeitete. Am xx.xx.xxxx heiratete sie C. _____ (geboren _____ 19__). Der Ehe entsprossen D. _____ und E. _____ (____). Seit 20__ lebten die Eheleute getrennt. Am _____ 20__ wurde die Ehe geschieden (Vi-act. 4). Der Ehemann wurde verpflichtet, den (Kindern) monatliche Unterhaltsbeiträge von je Fr. 750.-- zuzüglich allfälliger Kinder-/Ausbildungszulagen zu bezahlen. Mangels Leistungsfähigkeit verzichteten die geschiedenen Eheleute gegenseitig auf persönliche Unterhaltsbeiträge.

Am 26. März 2019 meldete sich die Versicherte bei der IV-Stelle Schwyz zum Bezug von Leistungen (Berufliche Integration/Rente) an (Vi-act. 1). Als gesundheitliche Beeinträchtigung nannte sie einen Morbus Bechterew, ein ISG [Iliosakralgelenk]-Syndrom, eine Beckenbodeninsuffizienz, Schmerzen im Kreuz und Rücken bis ins rechte Bein. Schmerzen habe sie in der Nacht, beim Liegen wie beim Laufen. Im Frühjahr 2018 habe sie notfallmässig den Venenarzt aufgesucht in Befürchtung einer Thrombose, aber es handle sich um einen Morbus Bechterew. Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung bestehe sei 1998. Zuletzt habe sie vom 2. November 2016 bis August 2018 mit einem 40%-Vertrag bei einer Arbeitsfähigkeit von 80% als W. _____ im F. _____ gearbeitet zu einem monatlichen Lohn von Fr. 1'300.--, zuvor von Mai 2014 bis Juni 2014 bei der G. _____ in einem 50%-Pensum. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe seit 1999. Sie habe aber während der gesamten Zeit immer wieder gearbeitet mit monatsweisen Ausfällen.

B. Die IV-Stelle holte Auskünfte bei der F. _____ sowie Arztberichte ein (Vi-act. 8 ff.). Die RAD-Ärztin H. _____ (Fachärztin Allgemeine Innere Medizin FMH, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM [Swiss Insurance Medicine], Vertrauensärztin SGV [Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte]) erachtete am 6. August 2019 eine psychiatrische Facharztbehandlung sowie eine schlafmedizinische Abklärung für notwendig (Vi-act. 15). Mit Schreiben vom 16. September 2019 forderte die IV-Stelle die Versicherte hierzu auf (Vi-act. 15). Am 21. November 2019 erstattete Dr.med. I. _____ (Medizinischer Leiter Schlafmedizin/Facharzt für Pneumologie und Somnologie, SGSSC [Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology], IA. _____-Klinik) seinen "Bericht Schlafmedizin", nachdem er die Versicherte gleichentags in seiner schlafmedizinischen Sprechstunde gesehen hatte (Vi-act. 27). Dr.med. J. _____ (Leitender Arzt/Stellenleiter IB. _____ AG) er-

stattete am 11. August 2020 seinen Bericht gestützt auf neun Einzelgespräche, wobei diese initial bei Dr.med. K. _____, später bei Dr.med. univ. L. _____ und infolge der Unzufriedenheit der Versicherten mit diesen beiden Ärztinnen schliesslich bei Dr.med. J. _____ geführt wurden (Vi-act. 55; vgl. Vi-act. 60-8 ff./10 [Bericht von Dr.med. J. _____ vom 28.7.2020]). Mit E-Mail vom 28. Oktober 2020 (Vi-act. 70) informierte die Versicherte die IV-Stelle über ihre neue Hausärztin (Dr.med. M. _____, Allgemeine Innere Medizin, _____) sowie ihre neue Psychiaterin Dr. N. _____ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH, _____) sowie die sie zusätzlich ebenfalls neu behandelnden Ärzte Prof. Dr.med. O. _____ (Brustzentrum Klinik _____) und Dr.med. P. _____, Fachärztin (FMH Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, _____ AG, _____), dies im Zusammenhang mit einer Mammaaugmentation (1993) sowie einem Implantatwechsel und Kapsulektomie beidseits 2012 (Vi-act. 76-5/11). Mit E-Mail vom 9. Dezember 2020 (Vi-act. 80) orientierte die Versicherte die IV-Stelle über ihren nunmehr neuen Hausarzt Dr.med. Q. _____ (Allgemeine Innere Medizin, _____), den sie im Frühjahr 2021 durch Dr.med. R. _____ (Allgemeine Innere Medizin, _____) ersetzte (Vi-act. 90); diese wiederum ersetzte sie im April 2021 durch Dr.med. S. _____ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, Arztpraxis _____; Vi-act. 95). Am 11. Dezember 2020 erstattete Dr.med. N. _____ einen Verlaufsbericht (Vi-act. 81).

Nach diesen Abklärungen und dem Bezug weiterer Arztberichte beurteilte die RAD-Ärztin H. _____ am 5. Januar 2021 (Vi-act. 83) den medizinischen Sachverhalt als komplex "mit verschiedenen Symptomen und Befindlichkeiten bei der vP [versicherte Person]". Die Versicherte entziehe sich einer adäquaten Diagnosefindung und weiche insbesondere psychiatrischen Abklärungen/Behandlungen aus. Eine polydisziplinäre Abklärung sei angezeigt zwecks Einordnung der Symptome. Des Weiteren seien die Diagnosen der Psychiaterin Dr. N. _____ und der IB. _____ AG zu sichern. Die RAD-Ärztin empfahl eine Begutachtung in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie und Neuropsychologie inklusive Beschwerdevalidierung. Zu beantworten sei namentlich, ob eine für eine Arbeitsunfähigkeit (AUF) psychiatrisch relevante Diagnose vorliege und ob die Versicherte in diesem Zusammenhang nicht in der Lage sei, die empfohlenen medizinischen Massnahmen umzusetzen.

C. Die Erstellung des Gutachtens wurde anfangs Juni 2021 der T. _____ AG in _____ zugeteilt (Vi-act. 97). Vom 30. Juni 2021 bis 28. Juli 2021 weilte die Versicherte freiwillig in der Klinik _____ (Vi-act. 108). Am 20. Oktober 2021 bestätigte Dr.med. S. _____, dass die Versicherte infolge "chronischer Angst-erkrankung" nicht alleine zur Begutachtung fahren könne und auf eine Reisebe-

gleitung angewiesen sei (Vi-act. 121). Die RAD-Ärztin H. _____ erachtete hierauf am 21. Oktober 2021 eine Rückfrage beim psychiatrischen Behandler der Versicherten als angezeigt (Vi-act. 123). Vom 30. August 2021 bis 11. September 2021 war die Versicherte auf Zuweisung durch ihre stellvertretende Hausärztin Dipl. med. U. _____ (Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, Praxis _____) in der Klinik AQ. _____) hospitalisiert (Vi-act. 127).

Am 15. November 2021 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für den Transport der Versicherten mittels Fahrdienst des Schweizerischen Roten Kreuzes (Vi-act. 137; vgl. Vi-act. 135, 145 f.).

D. Ende Januar 2022 beauftragte die Versicherte die V. _____ mit der Wahrung ihrer Interessen (Vi-act. 148). Am 9. Februar 2022 ersuchte Dr.med. S. _____ die Klinik _____ um Aufbietung der Versicherten zur von ihr bei diversen Beschwerdebildern gewünschten rheumatologischen, internistischen und neurologischen stationären Behandlung (Vi-act. 159). Hierauf informierte die Klinik _____ die Versicherte, dass das milieutherapeutische Setting der Klinik nicht geeignet sei, auf die besonderen Bedürfnisse der Versicherten ausreichend eingehen zu können (Vi-act. 160). Ähnlich wies Mitte Juli 2022 auch die Klinik _____ ein Gesuch von Dr.med. S. _____ um eine stationäre Hospitalisation/Behandlung der Beschwerdeführerin ab mit der Begründung, das "rehabilitative Setting" der Klinik biete nicht den notwendigen Behandlungsrahmen. Aufgrund des geschilderten Essverhaltens und der Komplexität der Krankheits- und Behandlungsgeschichte sähe man die Notwendigkeit eines intensiveren Settings und die Rehabilitationsindikation im Angebot der Klinik als nicht gegeben (Vi-act. 169-2/3). Gleichermassen lehnte auch die Klinik _____ eine Aufnahme der Versicherten im Juli 2022 mit der Begründung der fehlenden Geeignetheit ab (Vi-act. 170-2/3).

E.1 Am 29. April 2022 erstattete die T. _____ das Gutachten (Vi-act. 162). Die Gutachter schätzten die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der bisherigen Tätigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum auf 80% ein; aufgrund der durch die Depression bestehenden erhöhten Ermüdbarkeit bestehe eine Leistungseinschränkung von 20%. Von dieser Arbeitsfähigkeit könne mit Sicherheit seit mindestens der aktuellen Untersuchung ausgegangen werden. Auch rückwirkend im Verlauf könne eine anhaltende höhergradige Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden.

Das Gleiche gelte auch für die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Alle somatisch angepassten und den Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeiten seien zumutbar. Gesamthaft kamen die Fachgutachter zu dem Schluss, dass durch

das Fachgebiet Psychiatrie und Neuropsychologie eine Arbeitsunfähigkeit von 20% vorliege. Die Diagnosen wirkten nicht additiv (Vi-act. 162-21 f./122 = Gutachten S. 8 f. Ziff. 4.7 ff.).

E.2 Die RAD-Ärztin H._____ bezeichnete mit Stellungnahme vom 24. Mai 2022 die Schlussfolgerungen im Gutachten als differenziert begründet und nachvollziehbar (Vi-act. 164).

E.3 Eine Abklärung "Haushalt" vor Ort am 2. August 2022 (Vi-act. 172) ergab, dass die Versicherte im Gesundheitsfall zu 100% erwerbstätig wäre.

F.1 Am 28. Juni 2022 wurde die Versicherte von Dr.med. W._____ (Facharzt für Chirurgie, speziell Viszeralchirurgie, _____) (Vi-act. 168) wegen einer beidseitigen direkten Leistenhernie in endoskopischer Technik mit Netzeinlage operiert.

F.2 Mit Stellungnahme vom 30. August 2022 (Vi-act. 177) verneinte die RAD-Ärztin, dass wegen dieser Leistenhernienoperation von einer mindestens dreimonatigen Arbeitsunfähigkeit oder länger ausgegangen werden müsse. Sportliche Aktivitäten hätten ein bis zwei Wochen postoperativ wieder aufgenommen werden können. Es sei von einer raschen postoperativen Rekonvaleszenz auszugehen.

G. Mit Vorbescheid vom 15. September 2022 informierte die IV-Stelle die Versicherte über die vorgesehene Abweisung des Leistungsbegehrens (Vi-act. 179).

H. Am 14. September 2022 stellten Dr.med. X._____ und Dr.med. Y._____ (Oberärztin bzw. Assistenzarzt, Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, Z._____ nach einem Erstgespräch die Diagnose eines chronischen Müdigkeitssyndroms/myalgische Encephalomyelitis (CFS/ME) nach ICD 10 G93.3) (Vi-act. 183). Der Bezirk _____ ersuchte die IV-Stelle hierauf am 7. Oktober 2022 um Berücksichtigung der neuen Erkenntnisse bei den Abklärungen (Vi-act. 184).

I. Mit Einwand vom 19. Oktober 2022 (Vi-act. 190) stellte die V._____ folgende Anträge:

1. Es seien weitere medizinische Abklärungen durchzuführen und der Versicherten eine Invalidenrente zuzusprechen.
2. Verfahrensantrag: Es seien dem unterzeichneten Rechtsvertreter der Versicherten die Tonaufnahmen der Untersuchung durch den Gutachter im Fachgebiet Psychiatrie, Dr. AA._____, zur Verfügung zu stellen.

3. Verfahrens Antrag: Es sei der Versicherten eine Frist bis 30.11.2022 zur Einreichung einer ergänzenden Begründung des vorliegenden Einwands zu gewähren.

Mit E-Mail vom 14. November 2022 übermittelte die IV-Stelle die Tonbandaufnahmen (Vi-act. 202).

Am 27. Dezember 2022 reichte die V. _____ die Ergänzung des Einwands ein, wobei an den gestellten Anträgen festgehalten wurde (Vi-act. 212).

Mit Stellungnahme vom 23. Januar 2023 (Vi-act. 216) bejahte die RAD-Ärztin nach wie vor die Gültigkeit des Gutachtens selbst unter Berücksichtigung der seither ergangenen Arztberichte, insbesondere der diagnostizierten CFS/ME.

J. Mit Verfügung vom 25. Januar 2023 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren bei einer Arbeitsfähigkeit der Versicherten von 80% in ihrer bisherigen wie in einer Verweisungstätigkeit ab (Vi-act. 218). Sofern die Versicherte Unterstützung bei der Arbeitsvermittlung (Stellensuche) benötige, könne sie sich bei der IV-Stelle melden.

K. Gegen diese Verfügung vom 25. Januar 2023 erhebt die Versicherte mit Eingabe vom 27. Februar 2023 selber Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz mit den folgenden Anträgen:

1. Ich beantrage die Aufhebung der Verfügung vom 25.01.2023.
2. Ich beantrage, dass der medizinische Sachverhalt genauer abgeklärt und mir eine ganze Invalidenrente zugesprochen wird.
3. Ich beantrage die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege.

L. Mit Vernehmlassung vom 21. März 2023 beantragt die Vorinstanz die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin.

M. Mit Stellungnahme vom 11. April 2023 äussert sich die Beschwerdeführerin zur Vernehmlassung und reicht eine Stellungnahme der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik des Z. _____ vom 20. März 2023 ein. Hierzu äussert sich die Vorinstanz mit Eingabe vom 21. April 2023.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1.1 Nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) vom 19. Juni 1959 in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Bun-

desgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 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 (in der bis 31.12.2021 geltenden Fassung):

- 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 den Änderungen des IVG vom 19. Juni 2020 ("Weiterentwicklung der IV", WEIV), welche per 1. Januar 2022 in Kraft getreten sind, ein neues, stufenloses Rentensystem eingeführt (vgl. Art. 28b IVG). Mit diesem Wechsel wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr nach Viertelsrentenstufen. Allerdings wird das stufenlose Rentensystem erst auf Rentenansprüche angewendet, die ab dem 1. Januar 2022 neu entstehen.

Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1^{bis} IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind (verspätete Anmeldung im Sinne von Art. 29 Abs. 1 IVG), fällt eine IV-Rente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn nach dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist (vgl. die Übergangsbestimmungen zur IVG-Änderung vom 19.6.2020 [Weiterentwicklung der IV]; Rz. 1008 f. des Kreiszeichens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1.1.2022, Stand 1.1.2022).

1.1.3 Die Beschwerdeführerin hat sich bereits am 26. März 2019 zum Bezug von Leistungen (Rente) der IV angemeldet. Nach (sehr umfangreichen) Abklärungen hat die IV-Stelle mit der angefochtenen Verfügung vom 25. Januar 2023 einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin - mit Ausnahme der Möglichkeit der Unterstützung bei der Arbeitssuche (Arbeitsvermittlung) - verneint. Bei dieser Sachlage ist ein allfälliger Rentenanspruch grundsätzlich nach dem bis Ende

2021 geltenden Recht (und nicht nach dem neuen, seit dem 1.1.2022 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 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG, 4. A., Zürich 2022, Art. 28a N 27).

1.2.2 Unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin 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 grundsätzlich 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 E. 3d). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 E. 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 E. 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. 57 IVG N 8 mit Verweis auf BGE 122 V 157 E. 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 (BGE 125 V 256 E. 4).

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 Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind.

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. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 mit zahlreichen Hinweisen auf die Rechtsprechung).

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 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

1.5.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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 E. 3a).

1.5.4 Im Sinne einer Richtlinie ist 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, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

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 BGer 8C_213/2020 vom 19.5.2020 E. 4.1 mit Verweis auf BGE 141 V 281 E. 2, S. 285 ff., E. 3.4 - 3.6 und 4.1, S. 291 ff.). Das Wesen dieser Vorgehensweise besteht darin, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen anhand eines Kataloges von (Standard-)Indikatoren, unterteilt in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (mit den Komplexen Gesundheitsschädigung [Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz, Komorbiditäten], Persönlichkeit und sozialer Kontext) und "Konsistenz" (gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck; BGE 141 V 281 E. 4.1.3) einzuschätzen, dies unter Berücksichtigung sowohl leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren als auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen; vgl. Urteil BGer 9C_439/2021 vom 13.4.2022 E. 4.2.2 mit Verweis auf BGE 141 V 281 E. 3.6).

1.6.2 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 E. 5.2, S. 306 f.).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben. Es stellt sich aus rechtlicher Sicht die Frage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, wie sie vom medizinisch-psychiatrischen Experten abschliessend eingeschätzt worden ist. Eine davon losgelöste Parallelüberprüfung "nach besserem juristischen Wissen und Gewissen" darf nicht stattfinden (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 mit Hinweisen; Urteil BGer

8C_407/2020 vom 3.3.2021 E. 5.1). Rechtsprechungsgemäss liegt eine solche dann nicht vor, wenn das kantonale Gericht anhand der medizinischen Indikatorenpflichtprüfung die massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung eines stimmigen Gesamtbildes schlüssig abhandelt und nachweist, wo die ärztlichen Darlegungen nicht mit den normativen Vorgaben übereinstimmen (BGE 145 V 361 E. 4.1.1 mit Hinweisen).

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 BGer I 676/05 vom 13.3.2006 E. 2.4 mit Hinweisen).

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 (E. 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 ist - wie oben erwähnt - nicht statthaft (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; Urteil BGer 8C_260/2017 vom 1.12.2017 E. 4.2.5 m.H.).

1.8 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3. A., Rz. 153; Urteil BGer 8C_424/2010 vom 19.7.2010 E. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 140 E. 5.3).

1.9 Der gerichtliche Überprüfungszeitraum erstreckt sich grundsätzlich nur auf den Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der streitigen Verfügung (hier: 25.1.2023) verwirklicht hat (vgl. statt vieler: BGE 130 V 445 E. 1.2; Urteile BGer 9C_262/2020 vom 18.8.2020 E. 4.2; 9C_656/2013 vom 11.12.2013 E. 3.1). Nach diesem Zeitpunkt ergangene und dem Verwaltungsgericht (per E-Mail) eingereichte (Arzt-)Berichte haben daher unbeachtlich zu bleiben.

2.1.1 Im Rahmen der Abklärung durch die T. _____ wurde die Beschwerdeführerin gemäss den Vorgaben der Vorinstanz (vgl. Vi-act. 98, 84 f.) am 26. April

2022 je allgemeininternistisch (Dr.med. AB._____, FMH Allgemeine Innere Medizin, FMH Rheumatologie, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM, gleichzeitig Fallführerin), rheumatologisch (ebenfalls Dr.med. AB._____), am 25. April 2022 neuropsychologisch (lic.phil. AC._____, Fachpsychologe Neuropsychologie FSP, Zertifizierter neuropsychologischer Gutachter SIM) und am 16. März 2022 psychiatrisch (Dr.med. AA._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Zertifizierter medizinischer Gutachter SIM) begutachtet. Zudem wurde am 7. Dezember 2021 ein Laborbefund erhoben (vgl. Gutachten S. 1).

2.1.2 Mit der Auftragserteilung für das Gutachten wies die Vorinstanz auf den komplexen medizinischen Sachverhalt "mit verschiedenen Symptomen und Befindlichkeiten" hin. Die Beschwerdeführerin entziehe sich einer adäquaten Diagnosefindung und weiche insbesondere psychiatrischen Abklärungen/Behandlungen aus. Eine polydisziplinäre Abklärung sei angezeigt, um die Symptome einzuordnen. Die konkreten Fragen lauteten "liegt eine psychiatrische AU-relevante Diagnose vor" sowie "ist die Versicherte in diesem Zusammenhang nicht in der Lage, die empfohlenen medizinischen Massnahmen umzusetzen" (vgl. vorstehend Ingress lit. B i.f.). Gleichzeitig wurde der Gutachterstelle die Gliederung des Gutachtens vorgegeben (Vi-act. 85).

2.2 Die vorbestehenden Akten werden im Anhang zur Konsensbeurteilung zusammengefasst (S. 13 bis S. 33). Es handelt sich um rund 70 Arztberichte (inklusive 4 Laborbefunde). Die medizinischen Abklärungen und Behandlungen, beginnend mit einem Arztbericht vom 27. Juli 2001 (Dr. AL._____, Chiropraktor) und endend mit dem Austrittsbericht der IB._____ AG, Klinik AQ._____, vom 29. September 2021, betrafen (ohne vollständige Nennung; vgl. auch vorstehend Ingress lit. B):

- Rheumatologie: Rückenbeschwerden/Bewegungsapparat (27.1.2001 [recte 27.7.2001]: Chiropraktor; 13.7.2001: Institut für AR._____; 8.1.2022: _____; 21.11.2006: Dr.med. AD._____: chronisches lumbosakrales Syndrom, beginnende ISG-Arthritis; 19.2.2008: MRT der ISG mit Kontrastmittel an der Klinik AS._____, Dr. AT._____, Radiologie; 16.7.2018: AU._____-Klinik: MRI der LWS; 29.8.2018: Radiologisches Institut, Prof. Dr. AV._____, MRT-LWS/IG/Becken; 28.8.2019: AW._____ Kantonsspital, Prof. Dr. AX._____, CT der LWS nativ und Zwei-Phasen-Skelettszintigraphie)
- Gynäkologie (18.7.2006: abdominelle Hysterektomie, AS._____, Dr. AY._____)
- Magen-/Darmbeschwerden (7.9.2007: Dr.med. AE._____: Colon irritabile als Erklärung für bestehende funktionelle Beschwerden, normaler Laktose-

Toleranztest, Ileokoloskopie am 22.6.2007; 11.3.2013: Institut für AZ._____, Dr. BA._____; 8.3.2013: Ileoskopie, Dr. BB._____; 7.9.2015: AU._____-Klinik, Dr. BC._____, äussere Hämorrhoidalvenenthrombose; 21.11.2018: AS._____, BE._____-zentrum, Dr. BD._____: diagnostische Laparoskopie; 22.2.2019: AS._____, BE._____-zentrum, Dr. BD._____, diagnostische Laparoskopie, anteriore Rektosigmoidresektion)

- Gefässbeschwerden (12.6.2011, Dr. BF._____, Angiologie, BG._____-praxis; 21.10.2014: Dr. BH._____: Operation Seitenastvarikosis)
- Neurologie (23.9.2011: Elektroenzephalogramm, Dr.med. AF._____, neurologische Praxis, Klinik AS._____; 23.9.2011: Dr.med. AF._____: Verdacht auf idiopathische Hypersomnie respektive monosymptomatische Narkolepsie; 8.2.2012: Zentrum für Schlafmedizin: Polysomnographiebefund; 29.2.2012: Diagnose Schlafstörung, Dr. W. Karrer; 18.1.2018: Praxis zur Vorstadt, Dr. D. Weinberger, Duplexsonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien beidseits; 25.4.2019: Dr. R. Strauss: rezidivierende Schlafstörungen)
- Pneumologie/Somnologie (21.11.2019: IA._____-Klinik, Dr. R. Fichter [recte I._____])
- Urologie (18.6.2012: urologische Gemeinschaftspraxis im Löwencentrum, Dr. S. Z'Brun: psychosoziale Diagnose)
- Schönheitschirurgie (7.12.2012/13.12.2012: Kantonsspital Zug, Dr. R. Zimmermann, E. Kapfhammer: Wechsel der beiden Implantate; 20.10.2020: AS._____, Brustzentrum, Prof. Dr. P. Dubsy; 1.3.2021: Pathologie, Institut Engel, Dr. R. Massa, Kapsulektomie und Implantatentfernung)
- Histologie (10.12.2012 und 11.12.2012: AW._____-Kantonsspital, Dr. J. Vossbeck; 26.11.2018: AW._____-Kantonsspital, Pathologisches Institut _____, Histologische Diagnostik, Dr. W. Arnold)
- Endokrinologie (13.1.2016: Endokrinologikum Schweiz GmbH, Prof. Dr.Dipl. N. Meier, Knotenstruma bei Schilddrüsenfunktionsstörung; 17.11.2020: Endia, Praxis für Endokrinologie und Diabetologie, _____, Dr. G. Papadopoulos, Facharzt FMH für Endokrinologie, Diabetologie und Innere Medizin: SD[Schilddrüsen]-Sonographie)
- Psychiatrie/Psychotherapie (18.12.2018: Psychotherapeutische Praxis, IA._____-Klinik, BJ._____; 29.9.2021: AQ._____, Dr. D. Leutwyler, Austrittsbericht).

2.3 Die vier Fachgutachten sind gleich gegliedert nach "Ausgangslage und Formelles", Aktenauszug, Befragung, Befund, allfällige Angaben von Dritten,

Diagnosen, medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung sowie die Beantwortung der unterbreiteten Fragen. Im Gutachten vom 29. April 2022 wird den einzelnen Fachgutachten die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vorangestellt mit insbesondere der Konsensbeurteilung (S. 3 f. Ziff. 4).

2.4.1 In dieser Konsensbeurteilung wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 3):

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.00)
2. Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)

sowie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Lumbospondylogene Schmerzen mit Myofasziale Schmerzen (ICD-10 M54, M79)
 - Musculus erector spinae und Latissimus dorsi
 - Facettengelenkarthrosen und Anterolisthese L4/5 Meyerding < Grad 1
2. Endometriose ED 2006 (ICD-10 N80)
3. St.n. Hysterektomie 2006 bei Uterus myomatosus (ICD-10 N99)
4. Colon irritabile (ICD-10 K58)
5. Struma multinodosa (ICD-10 E04)
6. Dyslipidämie (ICD-10 E78)

2.4.2 Der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (vgl. vorstehend Ingress lit. E.1) schliesst sich die "Integrative medizinische Beurteilung" an mit einer kurzen Zusammenfassung der Krankheitsentwicklung sowie der Herleitung/Begründung der Diagnosen (S. 3 f. Ziff. 4.2.1 und 4.2.2) wie folgt:

4.2.1 Kurze Zusammenfassung der Krankheitsentwicklung

(Kurzbiographie der Beschwerdeführerin).

Im Jahr 2006 leidet die Patientin unter einer therapieresistenten Hypermenorrhoe und Dysmenorrhoe bei Uterus myomatosus. Bei der Versicherten wird ausserdem die Diagnose einer Endometriose im Bereich des Ligamentum sacrouterinum rechts diagnostiziert. 20__ gebar sie _____. Es erfolgt die abdominale Hysterektomie im Jahre 20___. Bei der Patientin bestehen zudem seit mind. 1999 chronische Unterbauchbeschwerden aufgrund eines Colon irritabile (Erstdiagnose in _____) (Abklärungen Ileokoloskopie 1999 und Abdomen-CT März 2000 (Laparoskopie und Adhäsioolyse)). Es besteht ausserdem die Tendenz zur Obstipation. Die Beschwerden würden bessern, bzw. seltener auftreten, beim Weglassen von Milchprodukten oder Fasten. Von gynäkologischer Seite besteht bei der Patientin eine Endometriose / Adenomyose im Septum rectovaginale. Im Arztbericht von 2010 wurde die Entfernung der Endometriose im Septum rectovaginale empfohlen [vgl. Vi-act. 40-17/141]. Allerdings wurde darauf hingewiesen, dass die Beschwerden eher nicht vom Septum rectovaginale ausgehen würden. In der Folge unterzieht sich die Versicherte aufgrund ständiger abdominaler Beschwerden Bauchoperationen. Diese werden durch das Vorliegen

eines Dolichokolon und ausgeprägtem Sigma elongatum mit Beckenbodeninsuffizienz begründet. Gemäss Aktenlage erfolgten aufgrund von lumbosakralen Schmerzen erstmals chiropraktische Behandlungen, insbesondere mit Behandlungen des rechten ISG im Jahre 2001. 2006 stellte sich die Versicherte erstmal rheumatologisch vor. Es erfolgte eine MRT-Untersuchung der ISG im Jahre 2008, ohne Nachweis einer entzündlichen Ursache der Beschwerden. Dennoch taucht in den Berichten die Diagnose eines Morbus Bechterew auf und im Jahre 2012 wurde ein positiver HLA-B-27-Status erhoben. Auch in einem erneuten MRT der LWS, ISG und Becken konnten entzündliche Veränderungen nicht gefunden werden. Auch das am 28.08.2019 erfolgte Knochenszintigramm und CT der LWS vom 27.08.2019 erbrachte keine richtungsweisenden entzündlichen Befunde. Die Versicherte ist 2012 erstmals im AQ._____ in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung einer Depression und fraglichen Persönlichkeitsstörung mit paranoiden Anteilen. Bei der Versicherten ist eine Augmentationsplastik der Mammae in früheren Jahren bekannt, mit Auftreten eines Kapselrisses der rechten als auch linken Mamma. Diese wurden im Brustzentrum der Klinik AS._____ saniert. Bei der Versicherten ist ausserdem ein Status nach Varizektomie und eine Struma multinodosa diagnostiziert.

4.2.2 Herleitung/Begründung der aktuellen Diagnosen

Bei der Explorandin bestehen Klagen über verschiedene und wechselnde somatische Beschwerden, mit Schmerzen im Bewegungsapparat, Darmproblemen, Völlegefühl, Atembeschwerden im Vordergrund, wegen derer sie sich nicht arbeitsfähig fühlt und auch anhaltend arbeitsunfähig geschrieben blieb. Die von ihr auch im heutigen psychiatrischen Untersuchungsgespräch geklagten multiplen und wechselnden Beschwerden weisen auf eine psychische Überlagerung hin. Insofern das Beschwerdeausmass mit somatischen Befunden nicht erklärt werden kann, muss aus psychiatrischer Sicht von einer psychischen Überlagerung ausgegangen werden. Diagnostisch handelt es sich um eine Somatisierungsstörung. Dabei kommt es bei ursprünglich durchaus somatisch ausgelösten Beschwerden zu einer subjektiven Beschwerdeverstärkung, die Beschwerden können dann somatisch nicht mehr erklärt werden. Dabei können emotionale und psychosoziale Belastungsfaktoren eine Rolle spielen, als solche können hier neben der chronischen Beschwerdeproblematik, die sich bis heute trotz Behandlungen nicht besserte, auch lebensgeschichtliche Belastungen und vor allem die nicht einfache Situation mit finanzieller Abhängigkeit vom Sozialamt gelten. Die Explorandin hat eine gescheiterte Ehe hinter sich. Es kam auch zu einer Doppelbelastung als Hausfrau, Mutter und ausserhäuslich Erwerbstätige. Mit der Trennung vom Ehemann verstärkten sich ihre somatischen Beschwerden. Seither blieb sie finanziell auch vom Sozialamt abhängig. Es sind auch die diagnostischen Kriterien einer leichten depressiven Episode erfüllt, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freude, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, verminderten Selbstwert mit Insuffizienzgedanken und Schuldgedanken. Es kam auch zu stationären Behandlungen. Diagnostisch handelt es sich um eine rezidivierende depressive Störung. Ein leichter Ausprägungsgrad der Depression lässt sich auch in der Hamilton Depressions Scale Testung nachweisen. Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) depressiven Episoden leidet der betroffene Patient gemäss ICD-10 unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse

und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von sogenannten "somatischen" Symptomen begleitet werden wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

Der Neuropsychologische Gutachter stellte klinisch nur geringe Auffälligkeiten fest.

Angelehnt an die SVNP [Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen]-Kriterien zur Bestimmung des Schweregrads einer neuropsychologischen Störung lässt sich anhand der vorliegenden Befunde auf eine „leichte kognitive Störung“ schliessen. Bei einer Störung in diesem Ausmass ist die Funktionsfähigkeit im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen nicht eingeschränkt. Bei Aufgaben und Tätigkeiten mit hohen Anforderungen kann die Funktionsfähigkeit aber eingeschränkt sein.

Durch die Schwankungen und Störungen der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit, die etwas langsamere Verarbeitung bei komplexeren Aufmerksamkeitsanforderungen sowie die vorzeitige Ermüdung kommt es zu einer Verlangsamung bei der Arbeitsausführung im Verkauf, bei der Verkaufsabwicklung. Die Leistung pro Zeit ist reduziert, die Ermüdung bedingt regelmässige Pausen.

Die funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen werden wie folgt umschrieben (S. 6 Ziff. 4.3):

Die Versicherte sieht sich vornehmlich aufgrund der körperlichen Schmerzen unfähig einer Tätigkeit nachzugehen. Anstelle dass funktionelle Behinderungen berichtet werden, wird die Diagnose einer Rheumaerkrankung ins Zentrum von Beeinträchtigungen gerückt, die Versicherte empfindet sich als «versehrt». So verwendet sie Gehhilfen, obwohl sich auch ohne normal fortbewegen kann. Unter Anwendung der Standardindikatoren kann kein gleichmässiges Muster an Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen welches somatisch begründbar ist gefunden werden. Zwar kommt es bei Durchführung von Haushaltstätigkeit zu Beschwerden aber schwerere Tätigkeiten können durch die Familie abgefangen werden. Es bestehen keine erlebten Beeinträchtigungen beim Lesen oder Malen, die Versicherte muss auch nicht wegen Schmerzen Kolleginnen absagen oder auf Spaziergänge verzichten - zumindest wird ein sozialer Rückzug oder gar eine Vereinsamung nicht berichtet. Aufgrund der Depression besteht aber ein verminderter Antrieb, z.B. bleiben im Haushalt Sachen liegen.

Eventuell relevante Persönlichkeitsaspekte werden wie folgt diskutiert (S. 6 Ziff. 4.4):

Die Explorandin zeigte akzentuierte und dramatisierende (hysteriforme) Persönlichkeitszüge. Gegen die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung spricht hier aber der Verlauf mit vor der Erkrankung sonst normaler Sozialisation

und voller Leistungsfähigkeit. Die Explorandin ist sehr auf ihre somatische Beschwerdeproblematik fixiert und fühlt sich aus somatischen Gründen nicht mehr arbeitsfähig. Psychische Erklärungsmöglichkeiten lässt sie nur insofern zu, als sie sich unter ihrer schwierigen psychosozialen Situation mit finanzieller Abhängigkeit vom Sozialamt leidend sieht.

Zu den Belastungsfaktoren und Ressourcen werden folgende Ausführungen gemacht (S. 6 Ziff. 4.5):

Belastend für die Versicherte sind die chronische Obstipation und die abdominalen Beeinträchtigungen, die sie selbst als schwerwiegend erlebt, für die sie aber teilweise hilfreiche Ernährungsstrategien und heilmedizinische Strategien (Kurkuma) schliesslich gefunden hat, nachdem Laparoskopien [und] mehrfache Koloskopien zu keiner anhaltenden Besserung führten. Sie erhält Unterstützung durch ihre Kinder, ihr soziales Umfeld ist trotz der Beschwerden intakt geblieben, sie kann Freundinnen treffen, malt und liest gerne. Grundsätzlich sieht sie ihr Leben jedoch beträchtlich erschwert. Belastend, aber medizinisch nicht begründet, ist auch die angespannte finanzielle Situation mit Abhängigkeit vom Sozialamt und anhaltender Arbeitslosigkeit.

Schliesslich wird auch eine einlässliche Konsistenzprüfung wie folgt vorgenommen (S. 7 Ziff. 4.6):

Es besteht eine Inkonsistenz, dass die Versicherte eingangs erklärt, dass sie suizidgefährdet sei und dann in Teilen der Exploration wieder erwähnt, dass ihre Beschwerden nicht psychischer Natur seien, dennoch auffallend wenig körperliche Einschränkung betreffend den Alltag anführt und in der psychiatrischen Untersuchung lediglich eine gegenwärtige leichte depressive Episode objektiviert werden kann. Diskrepanz ist ausserdem, das Mitbringen von zwei Unterarmgehstöcken, gleichzeitig kann die Versicherte sich aber normal im Raum und auf dem Krankenhausgang bewegen und auch ausserhalb des Gebäudes verwendet sie die Gehstöcke nicht, sondern geht normal und versucht auch gar nicht den Eindruck zu erheben, dass sie auf die Gehhilfen angewiesen ist. Befragt dazu, warum sie die Gehstöcke benötige, entgegnet sie, dass sie diese mitnehme, falls sie längere Gehstrecken gehen müsse. Es entsteht dadurch der Eindruck, dass die Versicherte ihre Belastbarkeit schwer selbst einschätzen kann und dass sie zu Übertreibungen neigt und dass Auskünfte der Versicherten vorsichtig bewertet werden müssen. Diskrepanz diesbezüglich war auch der Umstand, dass die Versicherte wegen Schmerzen an den Fusssohlen abtritt auf den Fersen oder Zehenspitzen laufen zu können, was ebenfalls als Übertreibung gewertet werden kann, da sich beim Gehen normale Abrollvorgänge der Füsse zeigten, sich lokale Schmerzen an Fusssohlen, Ansatz der Achillessehne [aber] nicht objektivieren liessen. Auch der geringe Schweregrad der Anterolisthese und die Segmentdegenerationen der unteren Lendenwirbelsäule würden dies rheumatologisch ebenfalls nicht erklären können. Es entsteht der wahrscheinlich berechnete Argwohn, dass gerade eben diese Übertreibungen und Dramatisierungen zu Behandlungen führten, die bei objektiverer Betrachtung ohne Not durchgeführt worden sind. So erfüllt die Versicherte keine diagnosesichernden Kriterien einer Spondylarthritis nach den Klassifikationskriterien von 2010 und selbst von rheumatologischer Seite besteht gemäss Arztbericht Dr. Wasers 2018 [Vi-act. 40-99 ff.-141] Unsicherheit über das tatsächliche Vorliegen entzündlicher Veränderungen am Achsenskelett, dennoch erfolgt durch Dr. Waser die spätere

TNF alpha-Hemmer Behandlung. Auch die behandelnden Viszeralchirurgen führten Operationen durch im Jahr 2018, die langfristig nichts bewirkten. Eine weitere Diskrepanz besteht in dem Umstand, dass sie in der psychiatrischen Evaluation kaum psychische Erklärungsmöglichkeiten ihrer Beschwerden zulässt und in der rheumatologischen Exploration eingangs berichtet, dass sie suizidal sei.

Die der Beschwerdeführerin zumutbare Arbeitszeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wird auf acht Stunden veranschlagt, wobei aufgrund der durch die Depression bestehenden erhöhten Ermüdbarkeit eine Leistungseinschränkung von 20% besteht; bezogen auf ein 100%-Pensum wird entsprechend von der Zumutbarkeit eines 80%-Pensums ausgegangen (S. 8 Ziff. 4.7). Die gleiche Einschätzung wird auch für die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gemacht. Diese Arbeitsfähigkeitseinschätzung gelte mindestens seit der aktuellen Untersuchung, wobei auch rückwirkend eine anhaltend höhergradige Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden könne (S. 8 Ziff. 4.8). Gesamthaft kamen die Gutachter zum Schluss, dass durch das Fachgebiet der Psychiatrie und Neuropsychologie eine Arbeitsunfähigkeit von 20% vorliege; die Diagnosen wirkten nicht additiv (S. 9 Ziff. 4.9). Schliesslich wurde der Beschwerdeführerin auch die Umsetzung vorgeschlagener medizinischer Massnahmen als durchaus zumutbar bezeichnet (S. 9 Ziff. 4.11).

2.4.3 Mit Stellungnahme vom 24. Mai 2022 beurteilte die RAD-Ärztin das Gutachten als schlüssig (Vi-act. 164). Es sei umfassend im Hinblick auf die strittigen Belange. Es liege eine vollständige Voraktenlage mit chronologisch angeführten Berichten vor. Es erfolgte eine schlüssige Herführung der Diagnosen in allen fachärztlichen Teilaspekten anhand der Anamnese und der klinischen Befunde. Die funktionellen Auswirkungen seien im Abgleich mit sämtlichen Lebensbereichen nachvollziehbar hergeleitet; insbesondere auch unter Einbezug der Ressourcen im persönlichen und sozialen Umfeld. Die Schlussfolgerungen im Gutachten seien differenziert begründet und nachvollziehbar; der Einschätzung der Gutachter könne gefolgt werden.

2.5.1 Am 14. September 2022 stellten Dr.med. X._____ und Dr.med. Y._____ auf Zuweisung der Beschwerdeführerin durch Dr.med. AG._____ -Vernmot (FMH für Innere Medizin und Endokrinologie, _____) nach einem Erstgespräch die Diagnose CFS/ME nach ICD 10 G93.3 (vgl. vorstehend Ingress lit. H; Vi-act. 191-5 ff./10). Diese bestehe seit 2014 mit schleichendem Beginn und habe im Rahmen einer Darmoperation 2019 aggraviert. Die Erkrankung sei gekennzeichnet durch anhaltende Fatigue, erhöhtes Schlafbedürfnis, postextertionelle Malaise begleitet von Thermoregulationsstörungen und einem multilokulären Schmerzsyndrom. Für ein CFS/ME sprächen grundsätzlich die substanzielle Beeinträchtigung in der Fähigkeit, alltägliche soziale und beruf-

liche Aktivitäten zu absolvieren, der unerholsame Schlaf, die postexertionelle Malaise mit einhergehender Bettlägrigkeit nach Anstrengung und kognitiven Einbußen. Dazu lägen mit somatischen Stressoren und psychosozialen Stressoren (finanzielle Engpässe bei Arbeitslosigkeit, alleinige Sorge für zwei Kinder) prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren vor. Differenzialdiagnostisch lasse sich eine solche Müdigkeitssymptomatik prinzipiell auch im Rahmen einer autoimmun-entzündlichen Erkrankung wie der Spondylarthritis einordnen. Aktuell bestehe allerdings keine diagnostische Sicherheit in Bezug auf dieses Leiden.

Unter "Procedere" wurden der Beschwerdeführerin verschiedene Empfehlungen gemacht. Unter "Prognose" wurde die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin unter angepassten Bedingungen auf 30% bis 40% geschätzt. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit bei CFS/ME bleibe aufgrund mangelnder Datenlagen offen.

2.5.2 Am 13. Oktober 2022 untersuchten Dr.med. AH._____ sowie Dr.med. Al._____ (Oberarzt bzw. Assistenzarzt, Klinik für Rheumatologie Z._____) die Beschwerdeführerin in der Sprechstunde. Die Zuweisung erfolgte durch die hausinterne Psychiatrie zwecks Mitbeurteilung "bei einem dringenden V.a. ein chronisches Müdigkeitssyndrom" (Vi-act. 196). Nach Anführung der bekannten Diagnosen, der Wiedergabe der Anamnese und der Befunderhebung machten sie unter "Beurteilung und Procedere" folgende Angaben:

Das Blutbild war bland, eine humorale Entzündung bestand nicht (CRP 0,9 mg/l, Blutsenkungsgeschwindigkeit 20 mm/h). Lediglich die alkalische Phosphatase war mit 109 U/l diskret erhöht.

Klinisch und anamnestisch sahen wir keine Hinweise für eine aktuelle hohe Aktivität einer rheumatologisch-entzündlichen Grunderkrankung. Zur gewünschten Mitbeurteilung forderten wir noch die externen Bilder an, wobei zuletzt am 27.09.22 ein MRI der LWS und ISG angefertigt worden war. Dort liessen sich keine ausgeprägten Veränderungen, welche für eine generelle Erschöpfungssymptomatik verantwortlich gemacht werden könnten, abgrenzen.

Die Patientin ist sehr zufrieden in ihrer ambulanten rheumatologischen Behandlung, sodass die weiteren Verlaufskontrollen dort stattfinden würden. Sollte eine Mitbeurteilung gewünscht werden, kann die Patientin gerne erneut zugewiesen werden.

2.5.3 Am 23. Januar 2023 äusserte sich die RAD-Ärztin namentlich zur Diagnose einer CFS/ME. Sie führte aus, die Diagnosestellung sei basierend auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin mit Einbezug einer autoimmun-entzündlichen Erkrankung gestellt worden. Eine rheumatologische Erkrankung habe gemäss T._____-Gutachten nicht nachvollzogen werden können und seitens der Rheumatologie des Z._____ fänden sich ebenfalls keine Hinweise für ei-

ne aktuelle entzündliche Komponente. Für die Diagnose einer CFS/ME sei eine umfassende interdisziplinäre medizinische Beurteilung erforderlich. Ein großes Spektrum möglicher Erkrankungen und Belastungen könne dazu führen, dass Patientinnen das Symptom "Müdigkeit" in der hausärztlichen Praxis präsentierten. Die möglichen Krankheitsbilder und Ursachen (z.B. medikamentöse Therapien, Sucht, Umwelteinflüsse) würden in der Leitlinie AWMF- S3 Leitlinie Müdigkeit 053-0021 S3 Muedigkeit 2023-01 01.pdf (awmf.org) umfassend dargestellt. Mindestens die Hälfte der Zeit müssten die folgenden drei Symptome dauerhaft vorliegen:

- 1 Eine im Vergleich zur Zeit vor der Erkrankung substanzielle Einschränkung der Fähigkeit zu beruflichen, schulischen, sozialen oder persönlichen Aktivitäten, die länger als 6 Monate besteht und von Fatigue begleitet ist, die tiefgreifend, neu aufgetreten, also nicht lebenslang bestehend, nicht das Resultat von übermäßiger Anstrengung ist und sich durch Ruhe und Erholung nicht substanziell verbessert.
2. Verschlechterung der Symptome nach körperlicher und/oder kognitiver Belastung (postexertionelle Malaise: PEM).
- 3 Nicht erholsamer Schlaf.

Obligat sei zudem eines der beiden folgenden Symptome:

- 1 Kognitive Einschränkungen ("brain fog")*
*Unter kognitiven Einschränkungen sind Störungen des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit, der Informations- und Reizverarbeitung (Verlangsamung) und der psychomotorischen Funktion zu verstehen
- 2 Orthostatische Intoleranz**

In der Müdigkeitssprechstunde sei eine diagnostische Aussage getroffen worden ohne die geforderte Anamneseerhebung mit daraus resultierender etwaiger Differentialdiagnostik gemäss der Leitlinie. Zusätzlich sei in der Müdigkeitssprechstunde des Z._____ keine Beurteilung der gesundheitlichen Situation mit differenzierten Einbezug der Funktionalität im Alltag, Leistungen zur Teilhabe und Funktionalität im Beruf erfolgt. Es werde nur auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin für die Diagnoseerhebung abgestellt. Das Gutachten der T._____ biete hier ein deutlich umfassenderes und stimmigeres Bild der gesundheitlichen Situation unter Einbezug der Standardindikatoren.

2.5.4 Im Beschwerdeverfahren reicht die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme von Dr.med. X._____ und Dr.med. AJ._____ ein. Unter anderem wird (namentlich) festgehalten, dass die Sprechstunde der klinischen Einordnung eines Syndroms/Syndromskomplexes diene und nicht primär einer gutachterlichen Funktionsprüfung gleichzusetzen sei. Ihre Einschätzung habe ein "niedriges Funktionsniveau" ergeben, "welches insbesondere aufgrund der postexertionellen Malaise zustande kommt." Durch drohende Erschöpfungszustände müsse ei-

nem erhöhten Ruhebedürfnis Rechnung getragen werden, um weitere Phasen der Verschlechterung zu vermeiden. Dadurch entstehe bei der Beschwerdeführerin eine Leistungseinschränkung von mehr als 20 %. Die depressive Symptomatik sei im Rahmen ihrer psychiatrischen Beurteilung als nicht zielführend für die Leistungseinschränkung beurteilt worden.

3.1 Mit dem Einwand (Ergänzung) vom 27. Dezember 2022 (Vi-act. 212) machte die damals durch die V._____ beanwaltete Beschwerdeführerin geltend, es lägen keine Tonbandaufnahmen vor, die internistische und rheumatologische Beurteilung sei unzulässigerweise durch dieselbe Arztperson vorgenommen worden, eine neurologische Begutachtung habe nicht stattgefunden, nachdem die Diagnose eines CFS/ME gestellt worden sei, und bei der psychiatrischen Befragung seien die Rahmenbedingungen des Gesprächs möglicherweise nicht ideal gewesen. Des Weiteren wurde der Beweiswert des Gutachtens mit verschiedenen Argumenten in Frage gestellt.

3.2.1 Die Vorinstanz folgte in der angefochtenen Verfügung der Beurteilung der RAD-Ärztin. Die Rüge betreffend die fehlenden Tonbandaufnahmen wurden zu Recht unter Hinweis auf eine Gesetzesänderung per 1. Januar 2022, wonach die Begutachtungen der Fachgebiete Innere Medizin und Rheumatologie am 7. Dezember 2021 noch nicht auf Tonband aufzunehmen waren, als unbegründet widerlegt. Die Argumente gegen das Gutachten an sich hat die Vorinstanz unter Verweis auf die Beurteilung des RAD (konkludent) als unbegründet erachtet.

3.2.2 Mit der Beschwerde, welche offensichtlich ebenfalls von der V._____ verfasst wurde (vgl. Bf-act. 3), wird an den Rügen betreffend das Gutachten an sich nicht mehr festgehalten bzw. nur insofern, als dieses demgemäss als unvollständig erachtet wird, weil der Diagnose CFS/ME und der von den Ärzten des Z._____ auf 30% bis 40% veranschlagten Arbeitsfähigkeit keine Beachtung geschenkt wurde.

Es kann demnach von einer zweifachen Fragestellung ausgegangen werden, als einerseits zu prüfen ist, ob das Gutachten unbesehen der neu gestellten Diagnose als beweiskräftig erachtet werden kann (i), und wenn dies zu bejahen ist, ob die Vorbringen der Beschwerdeführerin hieran etwas ändern (ii). Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Diagnose eines CFS/ME erst am 28. September 2022, somit vier Monate nach der Erstattung des Gutachtens (erstmalig) gestellt wurde und entsprechend allein aus chronologischen Gründen keinen Eingang ins Gutachten finden konnte.

3.3.1 Das Gutachten (i) gibt zu keinen Beanstandungen Anlass. Es erfüllt die rechtlichen Anforderungen, damit ihm voller Beweiswert zugesprochen werden kann (vgl. vorstehend E. 1.5.3), in jeder Beziehung. Es ist umfassend, in Kenntnis der Vorakten sowie gestützt auf eigene Untersuchungen in den vier Fachrichtungen verfasst worden und überzeugt in seinen zusammenfassenden Schlussfolgerungen. Zu Recht macht die Beschwerdeführerin, wie bereits gesagt, keine substantiierten Vorbringen mehr, welche die Schlüssigkeit des Gutachtens grundsätzlich in Frage stellen könnten.

3.3.2 Die Festsetzung der (psychisch bedingten) Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin erfolgt nach dem von der Rechtsprechung vorgegebenen Raster (vgl. vorstehend E. 1.6.1). Die aktuellen Diagnosen werden ausführlich hergeleitet und begründet. Die Feststellung, dass ein somatisches Substrat für die geltend gemachten Beeinträchtigungen in den verschiedenen Lebensbereichen fehlt, überzeugt; ebenso die Beobachtung, dass kein gleichmässiges, somatisch begründbares Muster an Beeinträchtigungen in den verschiedenen Lebensbereichen erkennbar ist.

Aus psychiatrischer Sicht werden mit Blick auf die funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnose eventuell relevante Persönlichkeitsaspekte thematisiert wie auch Belastungsfaktoren und Ressourcen. Ebenso ausführlich und differenziert wird die Konsistenz anhand zahlreicher Formen der Leidensmanifestation der Beschwerdeführerin sowie der (nicht) objektivierbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen geprüft.

Gestützt auf die Analysen des Gutachtens leuchtet der geschätzte Arbeitsunfähigkeitsgrad von 20% ein.

3.3.3 Mit Blick auf die später gestellte Diagnose eines CFS/ME ist dabei zu betonen, dass diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit explizit mit der "durch die Depression bestehenden erhöhte[n] Ermüdbarkeit" begründet wurde. Dieser Ermüdbarkeit wurde entsprechend auch in der Darstellung der Krankheitsentwicklung wie der Herleitung/Begründung der Diagnosen ein Augenmerk geschenkt (vgl. vorstehend E. 4.2.2).

Abgesehen davon stand gerade auch die Müdigkeit von Anfang an im Zentrum der von der Beschwerdeführerin geklagten Beeinträchtigungen (vgl. Vi-act. 5 = Notiz der Vorinstanz vom 28.3.2019; Vi-act. 10-2 f./14 sowie 10-8/14 = Bericht des vormaligen Hausarztes Dr.med. AK. _____, _____, vom 25.4.2019). Von Klagen der Beschwerdeführerin über Müdigkeit und schlechten Schlaf berichtete Dr.med. AL. _____ schon am 27. Juli 2001 z.H. Dr. med. AM. _____ Gös-
si, Innere Medizin FMH (_____) (Vi-act. 40-2/141).

Dr.med. AN._____ (Facharzt FMH für Neurologie, Neurologische Praxis _____, Klinik AS._____) stellte bereits mit Bericht vom 23. September 2011 (Vi-act. 9-1 f./8) die Diagnose "Verdacht auf idiopathische Hypersomnie respektive monosymptomatische Narkolepsie". Laut der Anamnese habe bereits die Mutter daran gelitten. Die Problematik stelle sich so dar, dass die Beschwerdeführerin "getriggert durch Schlechtwetterlagen" "unter imperativen Schlafanfällen" leide. Sie könne sich denen zum Preise einer anhaltenden Schläfrigkeit zwar entziehen, gelegentlich seien sie derart dominant, dass sie einen Kurzschlaf nicht umgehen könne. Dr.med. AF._____ empfahl eine Schlafabklärung mittels Polysomnographie und multiplem Schlaflatenztest.

Dr.med. AO._____ und Dr.med. AP._____ (Chefarzt bzw. Abteilungsarzt, AW._____ BI._____ klinik) stellten am 29. Februar 2012 unter anderem die Diagnose "Schlafstörung" mit "extremer Müdigkeit bei schlechtem Wetter/Wolken am Himmel mit Sekundenschlafanfällen"; diese Form und Ursächlichkeit einer extremen Müdigkeit bestehe bei der Beschwerdeführerin seit der Kindheit (Vi-act. 40-42/141).

Am 18. Dezember 2018 wies BJ._____ (Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, _____) die Beschwerdeführerin der IA._____-Klinik zu (Vi-act. 10-12/14 = 40-110/141; vgl. Vi-act. 13-2/4) mit den folgenden Diagnosen:

- Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelschwere Episode (ICD-10: F33.1) mit Schlechtwettermüdigkeit
- Schweres Erschöpfungssyndrom
- Verdacht auf Somatisierungsstörung
- Schlafstörung
- (...).

Unter "Zustandsbild" sprach der Psychiater von einer völligen Erschöpfung der Beschwerdeführerin: sie "mag nicht mehr". Der Behandlungsauftrag lautete auf "diagnostische Beurteilung, multimodale Behandlung von Depression, Erschöpfung und den Bauchproblemen, Abklärung und Behandlung der Schlafstörung, Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit". Eine schlafmedizinische Abklärung erachtete auch die RAD-Ärztin im August 2019 für notwendig (vgl. vorstehend Ingress lit. B). Die IA._____ (Dr.med. I._____, medizinischer Leiter Schlafmedizin/Facharzt für Pneumologie und Somnologie SGSSC) stellte am 21. November 2019 die Diagnose einer "nicht organischen Insomnie mit vermehrten Alpha Intrusionen und Alpha Arousals" (Vi-act. 27-1/2 = 36-3/8 = 40-136/141).

3.4.1 Die Diagnose (ii) eines CFS/ME durch Dr.med. X._____ und Dr.med. Y._____ erfolgte offensichtlich namentlich gestützt auf die Anhörung der Beschwerdeführerin. Jedenfalls lassen sich dem Bericht vom 28. September 2022

keine Hinweise entnehmen, dass den Berichterstatlern weitere Unterlagen zur Verfügung standen. Entsprechend fehlt jegliche Auseinandersetzung mit den vorbestehenden medizinischen Diagnosen und Abklärungen der Schläfrigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. vorstehend E. 3.3.3). Mit der Stellungnahme vom 20. März 2023 wird vielmehr bestätigt, dass die Diagnosestellung "basierend auf den subjektiven Angaben" der Beschwerdeführerin "mit Einbezug einer autoimmun-entzündlichen Erkrankung" erfolgt, auch wenn in der Folge auf den Bericht der IA. _____-Klinik vom 21. November 2019 sowie eine laborchemische Untersuchung vom 17. Mai 2022 hingewiesen wird. Die RAD-Ärztin führt somit zu Recht unter anderem das Fehlen der geforderten Anamneseerhebung als Argument gegen den Bericht ins Feld. Dieser lässt auch offen, ob überhaupt und/oder welche konkreten Untersuchungen bei der Beschwerdeführerin durchgeführt wurden, um die Diagnose eines CFS/ME mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu sichern. Im Bericht findet sich im Weiteren auch kein Hinweis, dass sich während der Sprechstunde bei der Beschwerdeführerin Müdigkeitsanzeichen manifestiert hätten. Man kann daher nicht um den Gedanken kommen, dass die Sprechstunde diagnose-/ergebnisorientiert strukturiert wurde. Der Bericht erfüllt mithin die Anforderungen an einen Arztbericht, der Beweiswert beanspruchen will, nicht ansatzweise. Der Schlüssigkeit des Gutachtens kann er bereits aus diesem Grunde nichts entgegensetzen.

3.4.2 Insbesondere ist aber der RAD-Ärztin beizupflichten (vgl. vorstehend E. 2.5.3), dass für die Diagnose einer CFS/ME eine umfassende interdisziplinäre medizinische Beurteilung erforderlich ist. Die RAD-Ärztin führt auch zu Recht aus, dass ein großes Spektrum möglicher Erkrankungen und Belastungen dazu führen kann, dass Patienten von Müdigkeit sprechen bzw. eine solche bei medizinischen Konsultationen präsentieren. Der fragliche Bericht des Z. _____ wie auch die Stellungnahme vom 20. März 2023 (in welcher von der Müdigkeitssprechstunde vom 28.09.2022 [recte = Datum der Berichterstattung über die Sprechstunde vom 14.9.2022] die Rede ist) erschöpfen sich entsprechend im Wesentlichen in medizin-theoretischen Überlegungen, welche gleichermassen in Betracht kommen können wie auch nicht. Der Bericht setzt sich - wie gesagt - auch nicht mit den bisherigen Abklärungen im Zusammenhang mit der von der Beschwerdeführerin seit Langem geltend gemachten Müdigkeit und den Erschöpfungszuständen auseinander. In der Stellungnahme vom 20. März 2023 wird sinngemäss anerkannt, dass keine Beurteilung der gesundheitlichen Situation mit differenziertem Einbezug der Funktionalität im Alltag sowie bei Leistungen zur Teilhabe und Funktionalität im Beruf erfolgte (vgl. vorstehend E. 1.6.1 f. u. E. 3.3.2), wenn die Ärzte des Z. _____ festhalten, die Sprechstunde diene zur klinischen Einordnung eines Syndroms/Syndromkomplexes und sei nicht primär

einer gutachterlichen Funktionsprüfung gleichzusetzen. Es darf durchaus auch davon ausgegangen werden, dass schon zu einem früheren Zeitpunkt von einer der zahlreichen medizinischen Fachpersonen in Kenntnis der Müdigkeitsproblematik der Beschwerdeführerin zumindest als Differentialdiagnose eine CFS/ME diskutiert worden wäre. Insgesamt kann der Bericht des Z._____ den Beweiswert des T._____-Gutachtens nicht ernsthaft in Frage stellen. Wie die RAD-Ärztin (zurückhaltend) schlussfolgert, bietet das Gutachten ein deutlich umfassenderes und stimmigeres Bild der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin.

3.5 Nachdem die Vorinstanz dem T._____-Gutachten zu Recht vollen Beweiswert zugesprochen hat und die Beschwerdeführerin keine Rügen vorbringt, welche nicht die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit betreffen (und mögliche Rügen von Relevanz auch nicht erkennbar sind), erweist sich die Beschwerde folglich als unbegründet und ist daher abzuweisen.

4.1 Dem Verfahrensausgang entsprechend gehen die Verfahrenskosten (vgl. Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG) zu Lasten der Beschwerdeführerin. Die Beschwerdeführerin beantragt die unentgeltliche Rechtspflege.

4.2.1 Ist eine Partei bedürftig und erscheint das Verfahren nicht als aussichtslos, so befreit sie die Behörde auf Antrag ganz oder teilweise von der Kostentragung und der Kostenvorschusspflicht (Art. 61 Einleitungssatz ATSG i.V.m. § 75 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRP; SRSZ 234.110] vom 6.6.1974). Vermag eine Partei, der die unentgeltliche Prozessführung oder Vertretung bewilligt wurde, die Kosten und die Entschädigung zu decken, so ist sie zur Rückzahlung an die Gerichtskasse verpflichtet. Die Rückzahlungspflicht erlischt zehn Jahre nach Eintritt der Rechtskraft des Entscheides (§ 75 Abs. 3 VRP).

4.2.2 Die Beschwerdeführerin wird wirtschaftlich vom Bezirk _____ unterstützt. Die Bedürftigkeit ist somit erstellt. Das Verfahren kann auch nicht als ganz aussichtslos bezeichnet werden, obwohl die V._____ die Beschwerdeführerin - anders als im Einwandverfahren - vor dem Verwaltungsgericht formell nicht mehr vertritt, was als Indiz für die Schlüssigkeit der angefochtenen Verfügung angesehen werden kann. Indes hat die V._____ offensichtlich im Hintergrund die Beschwerdeführerin bei der Ausarbeitung der Beschwerdeschrift nach wie vor unterstützt.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Beschwerdeführerin auferlegt. Auf das Inkasso wird derzeit unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege verzichtet.

Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- dem Gericht zurückzuerstatten, wenn sie dazu innert 10 Jahren nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheides in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP).
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
4. Zustellung an:
 - die Beschwerdeführerin (R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 8. Juli 2024

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Präsident:

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: 29. Juli 2024