

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2023 22

Entscheid vom 11. April 2024

Besetzung

lic.iur. Thomas Rentsch, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

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

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Rente)

Sachverhalt:

A.1 A._____ (geb. _____ 1972) reiste 1991 von C._____ in die Schweiz ein und absolvierte - nach dem Besuch der Grundschule in C._____ - am 13. Juni 2010 in D._____ eine einjährige Ausbildung zur Pflegeassistentin (IV-act. 1, 3, 70). Am 4. Juli 2013 meldete sie sich aufgrund einer Lunatummalazie an der rechten Hand seit März 2013 bei schwerster Arbeit in der Grundpflege (80% Pensum im E._____) erstmals bei der IV-Stelle Schwyz zum Leistungsbezug an (IV-act. 1, 9, 16).

A.2 Am 3. September 2013 führte Dr.med. F._____ (Oberarzt Handchirurgie, G._____ (Klinik)) mit den Diagnosen: "Kompressionsneuropathie Nervus ulnaris in der Loge de Guyon rechts" und "Ulnokarpales Impaktionssyndrom rechts" eine offene Dekompression Loge de Guyon rechts sowie eine Ulnaverkürzungsosteotomie (KLS Martin Ulnaverkürzungsplatte lang) rechts durch (IV-act. 15). Am 6. November 2014 erfolgte die Platten- und Schraubenentfernung ulnar rechts, eine Nervus ulnaris Dekompression und eine offene partielle AC-Gelenksresektion links (IV-act. 78-16/66).

A.3 Am 24. April 2014 wurde A._____ eine Frühinterventionsmassnahme in Form eines Ausbildungskurses (Deutsch Intensiv-Sprachkurs) gewährt (IV-act. 24).

A.4 Am 22. Juli 2014 erstatteten PD Dr.med. H._____ (MSc, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation / Rheumatologie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM), med.pract. I._____ (Fachärztin für physikalische und rehabilitative Medizin, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM) und J._____ (MSc, Physiotherapeut) das Gutachten K._____ (IV-act. 32).

A.5 Am 31. Juli 2014 gewährte die IV-Stelle A._____ Berufsberatung (IV-act. 36). Nach Abklärung der Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit von November bis Dezember 2014 (IV-act. 50, 61) wurde A._____ am 30. Januar 2015 Kostengutsprache für eine Umschulung erteilt (IV-act. 62). Am 14. Januar 2016 erfolgte die Bestätigung, dass A._____ die berufsbegleitende Umschulung zur Praxisgehilfin besuchte, zu einem erfolgreichen Diplomabschluss reichte es nicht. Eine Wiederholung wurde nicht ins Auge gefasst, weil sich - gemäss Schlussbericht der IV-Berufsberatung vom 23. Februar 2016 - im Laufe des Jahres der Gesundheitszustand verbessert habe und sie wieder eine Stelle in ihrer vorherigen Tätigkeit habe antreten können (IV-act. 69, 72). Am 1. Februar 2016 trat A._____ eine 70%-Anstellung als Pflegeassistentin in der Pflege und Be-

treuung im L. _____ an (IV-act. 70). Damit war A. _____ rentenausschliessend integriert (IV-act. 72).

A.6 Am 29. Februar 2016 teilte die IV-Stelle A. _____ mit, dass die beruflichen Massnahmen als abgeschlossen gelten, obwohl der Diplomabschluss nicht erreicht worden sei. A. _____ übe nun wieder eine rentenausschliessende Tätigkeit aus, weshalb kein Anspruch auf weitere IV-Leistungen bestehe (IV-act. 74).

B. Am 24. August 2020 (Datum Posteingang) meldete sich A. _____ erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (IV-act. 77). Die Arbeitgeberin, bei welcher A. _____ seit dem 1. November 2016 als Mitarbeiterin Pflege SRK mit einem 60% Pensum tätig war, bestätigte eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit seit 30. Juni 2020, wobei das Arbeitsverhältnis per 31. Dezember 2020 gekündigt wurde (IV-act. 82-1/20 und 8/20; 83-3/4).

C. Nach weiteren Abklärungen - u.a. lassen sich den neu eingeholten, jedoch auch älteren Akten Operationen am 17. September 2018 an der Schulter rechts (IV-act. 78-11/66), am 17. Dezember 2019 an der rechten Hand (IV-act. 78-2/66) und am 23. Juli 2020 am rechten Ellbogen (IV-act. 78-9/66) entnehmen - teilte die IV-Stelle A. _____ am 4. Februar 2021 den Anspruch auf Berufsberatung und Umschulung mit (IV-act. 97). Am 21. Oktober 2021 erfolgte eine Schulterarthroskopie links mit subakromialer Dekompression und Bursektomie und partieller AC-Gelenksresektion (IV-act. 134-101/112). A. _____ war anschliessend vom 8. November 2021 bis 21. Dezember 2021 in der M. _____ (Klinik) hospitalisiert (IV-act. 112). Am 21. Januar 2022 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für ein Beratungsgespräch im Rahmen der Umschulung gemäss Art. 17 IVG (IV-act. 108). Am 8. März 2022 wurde die Berufsberatung mangels Arbeits- und Ausbildungsfähigkeit abgeschlossen (IV-act. 114-5/5). Am 21. März 2022 wurde bei A. _____ erneut eine Schulterarthroskopie links, eine subakromiale Dekompression, eine Synovektomie und eine Bursektomie sowie Histologie-Gewinnung durchgeführt (IV-act. 134-100/112).

D. Am 30. Mai 2022 teilte die IV-Stelle A. _____ die Kostenübernahme einer polydisziplinären Untersuchung - gemäss RAD-Empfehlung vom gleichen Tag - in den Disziplinen Allgemeine / Innere Medizin, Orthopädie, Rheumatologie, Psychiatrie mit (IV-act. 121). Am 8. Juli 2022 erhielt die IV-Stelle von der Gutachterstelle die Mitteilung, dass entweder Rheumatologie oder Orthopädie ausreichen würden, hingegen aufgrund diverser unklarer möglicher neurologischer Beschwerden die Neurologie hinzugenommen würde (IV-act. 130). Gleichentags teilte die IV-Stelle A. _____ die Begutachtung durch die N. _____

sowie die vorgesehenen Fachpersonen mit. Die IV-Stelle informierte zudem, dass gemäss Gutachterstelle die Begutachtung der Disziplin Neurologie notwendig sei. Die kommunizierten Fachpersonen waren damit: Dr.med. O._____ (FMH Allgemeine Innere Medizin) für die Allgemeine Innere Medizin, Dr.med. P._____ (FMH Orthopädische Chirurgie) für die Orthopädische Chirurgie / Rheumatologie, Q._____ (FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) für Psychiatrie und Psychotherapie und Dr.med. R._____ (Facharzt für Neurologie) für Neurologie (IV-act. 131). Am 28. Oktober 2022 wurde das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten erstattet (IV-act. 134).

E. Am 1. August 2022 trat A._____ ihre neue Arbeitsstelle als Hausangestellte Kinderbetreuung mit leichten Haushaltarbeiten, beginnend mit einem 60% Pensum und ab 1. Januar 2023 mit einem 50% Pensum, an (IV-act. 139f.; Bf-act. 3 und 5).

F. Die IV-Stelle sah mit Vorbescheid vom 2. Januar 2023 vor, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 142). Am 23. Januar 2023 (Posteingang) erhob A._____ dagegen Einwände (IV-act. 143). Mit Verfügung vom 14. Februar 2023 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 146).

G. Mit Eingabe vom 16. März 2023 (= Datum der Postaufgabe) lässt A._____ gegen die Verfügung vom 14. Februar 2023 fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz erheben mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 14.02.2023 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin ab 1.06.2021 mindestens eine Viertelsrente auszurichten.
2. Eventualiter sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 14.02.2023 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen und insbesondere ein neues polydisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Allgemeine / Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Orthopädie, Rheumatologie und Neuropsychologie einzuholen und danach erneut über den Rentenanspruch zu befinden.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zzgl. MwSt zulasten der Beschwerdegegnerin.

H. Mit Vernehmlassung vom 18. April 2023 beantragt die IV-Stelle, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Zu prüfen ist im konkreten Fall, ob die Vorinstanz den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu Recht verneint hat.

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] vom 19.6.1959). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

1.2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

1.2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31.12.2021 geltenden Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

Gemäss der seit 1. Januar 2022 geltenden Gesetzesrevision "Weiterentwicklung der IV" (WEIV), wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (Art. 28b Abs. 1 IVG). Dieses neue System gilt für

alle ab 1. Januar 2022 zugesprochenen Renten (vgl. Dupont, Weiterentwicklung der IV, SZS 2022, S. 7).

Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, welche aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 begründet, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung, KSIR [Fassung ab 1.1.2022] Rz. 9101; KOSS - Gerber, Art. 28b IVG, N 102). Dies gilt auch bei erstmalig abgestuften bzw. befristeten Rentenzusprachen und Revisionsfällen (KSIR Rz. 9102).

1.2.3 Vorliegend hat die Vorinstanz einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin am 14. Februar 2023, also nach dem 1. Januar 2022 verneint. Zu beurteilen war jedoch ein geltend gemachter Anspruch der über die Zeit vor dem 1. Januar 2022 zurückreicht (die Beschwerdeführerin war spätestens seit 30.6.2020 in der bisherigen Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig, vgl. Ingress lit. B; die Wiederanmeldung bei der IV-Stelle erfolgte am 24. August 2020, die einjährige Wartefrist wäre somit [unter der Voraussetzung eines fehlenden wesentlichen Unterbruchs der minimalen Arbeitsunfähigkeit von 40%] vor dem 31.12.2021 abgelaufen). Es sind daher die bis 31. Dezember 2021 gültigen Bestimmungen anwendbar.

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 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, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG, 4. Aufl., Zürich 2022, Art. 53-57 IVG N 10 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. 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 (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1 f.; BGE 125 V 256 E. 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 E. 3a; 122 V 157 E. 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 E. 3a; BGE 134 V 231 E. 5.1).

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 BGer 9C_437/2012 vom 6.11.2012 E. 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 substantziell 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 E. 1 begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 E. 4).

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

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 (vgl. BGE 143 V 409 bzw. BGE 143 V 418 betr. Anwendbarkeit des strukturierten Beweisverfahrens auf depressive Störungen leicht bis mittelgradiger Natur bzw. grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen). 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).

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. Urteile BGer 9C_77/2015 vom 27.3.2015 E. 5.4; 9C_78/2014 vom 18.3.2014 E. 4; I 676/05 vom 13.3.2006 E. 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 (E. 1.5.1 ff.), 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 E. 5.2.3; Urteil BGer 8C_260/2017 vom 1.12.2017 E. 4.2.5 m.H.).

1.9 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismässigkeit 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 Beweismässigkeit; Kötz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl., 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).

2. Zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ergibt sich aus den Akten was folgt.

2.1.1 Die Beschwerdeführerin meldete sich bereits am 4. Juli 2013 bei der Vorinstanz zum Leistungsbezug an, aufgrund von rezidivierenden Beschwerden beim rechten Handgelenk und mit der Diagnose "Lunatummalazie" Grad I (IV-act. 6-1/4; IV-act. 78-66/66).

Dr.med. S. _____ (Facharzt für Neurologie) diagnostizierte am 24. Juli 2013 was folgt (IV-act. 78-63/66):

- Diskretes Loge de Guyon Syndrom rechts
- normale Neurographie
- Rezidivierende Schmerzen rechter Arm
- Lunatum Nekrose Stadium I Handgelenk
- myofasziale Schmerzausbreitung
- unspezifische Dysästhesien

Dr.med. S. _____ beschrieb, dass es zu Schmerzausbreitung über den ganzen Arm Richtung Schulter gekommen sei, welche myofaszial bedingt seien. Die Schmerzausbreitung verlaufe nicht entlang von zervikalen Dermatomen oder im Ausbreitungsgebiet von Nerven. Es hätten sich klinisch einige Myogelosen erkennen lassen. Die Dysästhesien stünden im Zusammenhang mit den rezidivierenden Schmerzen, aktuell fänden sich keine sicheren sensiblen Ausfälle. Die oben aufgeführten Neurographien und das EMG seien normal.

2.1.2 In der Folge wurde am 3. September 2013 durch Dr.med. F. _____ bei den Diagnosen: "Kompressionsneuropathie Nervus ulnaris in der Loge de Guyon rechts" und "Ulnokarpales Impaktationssyndrom rechts" eine offene Dekompression Loge de Guyon rechts und eine Ulnaverkürzungsosteotomie (KLS Martin Ulnaverkürzungsplatte lang) rechts durchgeführt (IV-act. 15-1/5).

2.1.3 Sowohl im Bericht von Dr.med. S. _____ vom 24. Februar 2014 als auch von Dr.med. T. _____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH und Sportmedizin) im April 2014 wurde festgehalten, dass die Operation keine (we-

sentliche) Besserung gebracht hat (IV-act. 25-1/2 und 78-52/66). Dr.med. S._____ fand für die rezidivierenden Schmerzen am rechten Handgelenk keine neurologische Ursache. Neurologisch könne die Diagnose eines diskreten Sulcus ulnaris Syndroms rechts gestellt werden mit positivem Tinel und rezidivierenden Parästhesien in den beiden ulnaren Fingern, hingegen seien der neurologische Befund und die Ulnarisneurographie normal.

2.1.4 Am 22. Juli 2014 wurde das K._____ - Gutachten erstattet. Die Diagnosen lauteten wie folgt (IV-act. 32-7/21):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Kompressionsneuropathie Nervus ulnaris - Handgelenk rechts sowie ulnokarpales Impaktionssyndrom rechts mit offener Dekompression und ulnarer Verkürzungsosteotomie am 03.09.2013

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Fehlhaltung durch leichtgradige Skoliose mit muskulären Dysbalancen, beginnende AC-Gelenksarthrose links und Bandscheibendegeneration im Hals- und Lendenwirbelsäulenbereich.

Die Gutachter gelangten sodann gemäss Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit zu folgenden Schlussfolgerungen (IV-act. 32-7/21):

4.1.1 Arbeitsbezogen relevantes Problem

Das arbeitsbezogene relevante Problem besteht in einer verminderten Belastungstoleranz der Arm- und Handkraft rechts. Dies zeigte sich insbesondere bei den Hebe- und Tragetests.

4.1.2 Zumutbarkeit der angestammten beruflichen Tätigkeit

Tätigkeit nicht zumutbar. Die beschriebenen Anforderungen der Klientin in Bezug auf ihren Job sind Vergleich zu den gezeigten Leistungen, welche die Tests dokumentieren, zu hoch.

4.1.3 Zumutbarkeit für andere berufliche Tätigkeiten

Mittelschwere Arbeit [gemäss Anmerkung im Gutachten: 15-25 kg]

Arbeitszeit: ganztags

Spezielle Einschränkungen:

Stossen und Ziehen manchmal möglich, bis maximal drei Stunden/ Tag

Arbeiten über Schulterhöhe manchmal möglich, bis maximal drei Stunden/ Tag

Kriechen manchmal möglich, bis maximal drei Stunden/ Tag

Die Arbeitsfähigkeit beurteilten die Gutachter wie folgt (IV-act. 32-8/21):

5.1 Angestammte Tätigkeit

Die angestammte Tätigkeit als Pflegerin im Altersheim gilt aufgrund der Anforderungen dieser beruflichen Tätigkeit, die einen Einsatz der Arme und Hände erfordert, als schwere Tätigkeit und ist der Versicherten aufgrund ihrer reduzierten Belastbarkeit zu 100% arbeitsunfähig. Diese Arbeitsunfähigkeit besteht seit 10.5.2013. Der 2-wöchige Arbeitsversuch im Juni 2013 ist als angepasste Tätigkeit zu taxieren.

5.2 Angepasste Tätigkeit

Eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit Berücksichtigung der Einschränkungen, die in Punkt, 4.1.2 aufgeführt sind, ohne häufigen Einsatz der Arme,

Einschränkung von Arbeiten auf Brust- und über Schulterhöhe, kein schweres Heben und Tragen ist der Versicherten ganztags ohne weitere Leistungsminderung zumutbar. Eine solche Tätigkeit ist seit Abschluss der unmittelbaren postoperativen Phase, dh. ab Januar 2014 anzunehmen.

2.1.5 Mit Stellungnahme vom 29. Juli 2014 brachte der RAD-Arzt keine Einwände gegen das Gutachten vor, sondern wiederholte vielmehr, dass in der Krankenpflege eine anhaltende Einschränkung bestehe und die 100%-ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf leichte und mittelschwere Tätigkeiten begrenzt ist (IV-act. 35-3/3).

2.1.6 In der Folge wandte sich die Beschwerdeführerin weiterhin aufgrund von Beschwerden in der rechten Hand, im Unterarm, Ellbogen und in der Schulter an die behandelnden Ärzte Dr.med. T._____ und Dr.med. F._____ (IV-act. 41, 44, 78-27/66). Eine weitere neurologische Untersuchung, neu bei PD Dr.med. U._____ (Neurologie FMH), brachte weiterhin keinen Hinweis auf eine Ulnaris-Neuropathie. Vielmehr handle es sich um ein starkes Schmerzsyndrom, welches am besten von einem Schmerzspezialisten behandelt werden sollte (IV-act. 56-4/4).

2.1.7 Am 6. November 2014 führte Dr.med. T._____ die Platten- und Schraubenentfernung ulnar rechts, eine Nervus ulnaris Dekompression sowie eine offene partielle AC-Gelenkresektion links durch (IV-act. 78-16ff./66).

2.1.8 Vom 24. November 2014 bis 19. Dezember 2014 wurde sodann eine BEFAS-Abklärung vorgenommen. Der Schlussbericht erfolgte am 23. Januar 2015 (IV-act. 61). Darin wurden folgende Diagnosen festgehalten (IV-act. 61-3/27):

Invalidisierend

Chronische Schmerzen im rechten Handgelenk und Vorderarm bei ulnokarpalem Impingement, Kompressionsneuropathie des N. ulnaris

Status nach Dekompressionsoperation und Ulna-Verkürzungsoperation wegen TFCC-Irritation mit diskreter Lunatummalazie

Nicht invalidisierend

Schmerzen im Acromioclavikulargelenk rechts

Auch bei der BEFAS-Abklärung kamen die Sachverständigen zum Schluss, dass die bisherige Tätigkeit, welche auch die Grundpflege umfasste, in einem vollen Pensum nicht mehr zumutbar sei. Erfahrungsgemäss bleibe die Belastbarkeit des Handgelenks trotz der erfolgten Korrekturingriffe dauernd reduziert und für körperlich schwere Arbeiten routinemässig nicht mehr einsetzbar. Dagegen seien feinmotorische Tätigkeiten in kürzeren wechselbelastenden Sequenzen ganztags zumutbar. In einem leidensangepassten Arbeitseinsatz könne eine volle Leistung erwartet werden (IV-act. 61-8/27).

Anschliessend an die BEFAS-Abklärung lassen sich den Akten bis im Juni 2018 keine weiteren Arztberichte entnehmen.

2.2 Ab dem Zeitpunkt der Neuanschuldung vom 24. August 2020 lässt sich den Akten zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vor der Neuanschuldung zudem Folgendes entnehmen.

2.2.1 Bei den Diagnosen "Impingementsyndrom Schulter rechts bei Acromion Typ II nach Bigliani" und "Status nach Bauchdeckenstraffung rechts mit Narbendeckonfiguration links" erfolgte am 17. September 2018 durch Dr.med. T._____ eine Schulterarthroskopie rechts mit subacromialer Dekompression, eine Bursektomie und eine Narbenrevision linke Leiste. Bei peri- und postoperativ komplikationslosem Verlauf konnte die Beschwerdeführerin unter physiotherapeutischer Anleitung zunehmend mobilisiert und schliesslich bei deutlicher Beschwerderegressions am 19. September 2018 nach Hause entlassen werden (IV-act. 78-13f./66).

2.2.2 Am 30. April 2019 wurde ein MRI der HWS vorgenommen. Die Beurteilung von Dr.med. V._____ (FMH Radiologie) lautete wie folgt (IV-act. 78-7/66):

Leichte Unkovertebralarthrose auf Höhe HWK 4 / 5 sowie HWK 5 / 6. Zusätzlich kleine Bandscheibenprotrusionen in den genannten Segmenten ohne Nachweis einer Neurokompression bei allenfalls leichter Tangierung der Radix anterior rechts auf Höhe HWK 5 / 6. Keine Myelopathie-Zeichen.

2.2.3 Mit dem Arthro-MRI des rechten Schultergelenks vom 4. Juni 2019 kam W._____ (FMH Radiologie) zu folgender Beurteilung (IV-act. 78-4/66):

1. SLAP-Läsion.
2. Unveränderte Insertionstendinose der Infra- und Supraspinatussehne mit initialer Partialruptur der Supraspinatussehne.

2.2.4 Am 17. Dezember 2019 führte Dr.med. X._____ (Handchirurgie FMH, Chirurgie FMH) bei der Beschwerdeführerin mit der Diagnose einer Tendovaginitis stenisans Dig III rechts eine Ringbandspaltung und Synovektomie Dig III rechts durch (IV-act. 78-2f./66). Bei der Nachkontrolle am 3. Februar 2020 war die Tendovaginitis Dig III rechts nach wie vor persistierend. Mit einem weiteren Behandlungsversuch wurde der Fall abgeschlossen (IV-act. 78-1/66).

2.2.5 Bereits am 7. Februar 2019 meldete sich die Beschwerdeführerin aufgrund von ausgesprochenen Beschwerden vonseiten des rechten Ellbogens unter Belastung sowie zusätzlich Ruhebeschwerden und Bewegungsschmerzen bei Dr.med. T._____, welcher eine Indikation zur Infiltration als gegeben erachtete (IV-act. 78-8/66). Nachdem konservative Massnahmen zu keiner Besserung

fürten, nahm Dr.med. T._____ bei den u.a. nach MRI-Abklärung erfolgten Diagnosen "Chronische Epicondylitis radialis rechts mit Extensorensehnenpartialruptur (Kurzextensorensehne)" und "ausgeprägte lokale Synovialitis mit Erguss" am 23. Juli 2020 eine offene Extensorensehnenrekonstruktion Epicondylus radialis rechts mit Mitek-Anker DePuy und eine lokale Synovektomie vor (IV-act. 78-9/66).

2.2.6 Im Erstgespräch gegenüber der Taggeldversicherung am 6. August 2020 erwähnte die Beschwerdeführerin erstmals eine Depression neben den Schmerzen im Ellbogen (KV-act. 3-15/30). Dr.med. T._____ führte am 27. August 2020 gegenüber der Taggeldversicherung, neben dem Hinweis auf die bekannte Ellbogen-Operation, zudem aus, dass eine schwer belastende Tätigkeit als Pflegerin nicht mehr vorstellbar sei und eine Umschulung in eine wechselweise sitzende, gehende und stehende Tätigkeit, allenfalls im Sinne einer Bürotätigkeit, empfohlen werde. Zum jetzigen Zeitpunkt sei noch keine Arbeitsfähigkeit gegeben, jedoch sollte in den folgenden Monaten eine Umschulung erwogen werden (KV-act. 3-24/30).

2.3.1 Nach der Neuanschuldung bei der Vorinstanz am 24. August 2020 lautete die Stellungnahme des RAD-Arztes vom 21. September 2020 wie folgt (IV-act. 84):

Es werden verschiedene neue, leicht bis mässig ausgeprägte Schäden am Bewegungsapparat geltend gemacht:

- Tendovaginitis stenisans Dig. III rechts (sollte gut behandelbar sein)
- Degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette, SLAP-Läsion Schulter rechts, subacromiale Dekompression 8/18 (kann ein Problem sein bei mittelschweren oder schweren Tätigkeiten)
- Degenerative Veränderungen der HWS (AF dito wie Schulter)
- Chronische Epicondylitis radialis, mit Strecksehnenrekonstruktion 7/20 (AF dito)

AF: So wie es aussieht, ist die Versicherten wohl nur noch für leichte Tätigkeiten zu 100% AF. Die Rehab nach dem letzten Eingriff ist aber noch nicht abgeschlossen, d.h. die GZ ist instabil.

Aus diesen Gründen ist der RAD-Arzt von einer medizinischen Verschlechterung ausgegangen. Aufgrund der Operation am rechten Ellbogen sei die Versicherte seit Juni 2020 (Operation im Juli 2020) aktuell zu 100% arbeitsunfähig. Für die Tätigkeit in der Pflege sei schon vor Jahren eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit akzeptiert worden. Die Beschwerdeführerin habe aber in der Zwischenzeit - wohl in Ermangelung anderer Möglichkeiten - wieder eine solche Tätigkeit aufgenommen, was nicht adäquat gewesen sei. In der körperlich deutlich leichteren Tätigkeit als Praxisgehilfin sollte nach Abschluss der Rehabilitation nach der Operation wieder eine "(Teil?)" Arbeitsfähigkeit resultieren. Nach der Rehabilitation sei

zu entscheiden, ob nur noch leichte Tätigkeiten möglich seien oder doch noch gelegentlich mittelschwere.

2.3.2 Der Hausarzt und Lebenspartner der Beschwerdeführerin äusserte sich am 25. September 2020 zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aufgrund von möglicher Befangenheit nicht. Er erwähnte lediglich, dass die Probleme orthopädischer Natur im Bereich des ganzen rechten Armes seien, und dass die Beschwerdeführerin bei Dr.med. T. _____ in Behandlung sei (vgl. IV-act. 85).

2.3.3 Dr.med. T. _____ bestätigte am 2. Oktober 2020 aktuell bei massiven Beschwerden am rechten Ellbogen eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit im Pflegebereich. Langfristig sei aus seiner Sicht eine Tätigkeit als Pflegerin nicht mehr gegeben. Die Beschwerdeführerin wünsche sich eine Umschulungsmassnahme in eine möglichst wechselweise sitzende, gehende und stehende, körperliche leichte Tätigkeit mit Teamkontakt. In einer körperlich leicht belastenden Tätigkeit mit wechselweise sitzenden, gehenden und stehenden Arbeiten ohne repetitive Bewegungen von Seiten des rechten Armes sei sicherlich in Zukunft wieder eine Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Zum jetzigen Zeitpunkt könne die Beschwerdeführerin zudem aufgrund ihrer deutlichen Beschwerden nur wenig Haushaltarbeiten durchführen (IV-act. 87-3ff./8). In der Untersuchung am 23. Oktober 2020 habe die Beschwerdeführerin immer noch erhebliche Bewegungs-, Belastungs- wie auch Ruhebeschwerden am rechten Ellbogen angegeben. Im Übrigen bestätigte Dr.med. T. _____ seine Aussagen vom 2. Oktober 2020 (vgl. Bericht gegenüber der Taggeldversicherung vom 11.12.2020, KV-act. 5-54ff./95).

In der Untersuchung vom 11. Dezember 2020 gab die Beschwerdeführerin - gemäss Bericht von Dr.med. T. _____ vom 7. Januar 2021 - unverändert ausgeprägte Bewegungs- und Belastungsbeschwerden von Seiten des rechten Ellbogens und der Schulter an. Daraufhin sei ein MRI veranlasst worden, welches eine korrekt eingehheilte Sehnenplatte bei jedoch lokaler Reizung gezeigt habe. Klinisch hätten sich eine freie Beweglichkeit, jedoch Druckdolenz im Bereich des lateralen Ellbogens gezeigt. In der bisherigen Tätigkeit als Pflegerin sei die Beschwerdeführerin nicht arbeitsfähig, jedoch sei eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mit einer wechselweise gehenden, sitzenden und stehenden Tätigkeit ohne grössere Belastung von Seiten des rechten Ellbogens zu 100% möglich. Die Beschwerdeführerin sei belastbar, sollte jedoch schweren körperlichen Tätigkeiten nicht ausgesetzt werden. Es sei eher eine leichte Tätigkeit anzustreben (Servicebereich). In einer mittelschweren Tätigkeit bestehe das Risiko einer erneuten Beschwerdesymptomatik (IV-act. 93; vgl. auch KV-act. 6-72/141 und 47/141).

2.3.4 Der RAD-Arzt beurteilte die Beschwerdeführerin in seiner Stellungnahme vom 4. Februar 2021 als zu 100% arbeitsfähig ist einer angepassten Tätigkeit mit nur leichter Belastung des rechten Armes, Gewichten bis 5kg und ohne stereotyp repetitive Arbeiten (IV-act. 95).

2.3.5 Im Mai 2021 wurde die Beschwerdeführerin vom Rheumatologen Dr.med. Y._____ untersucht. In seinem Bericht vom 28. Mai 2021 hielt er folgende Diagnosen fest (IV-act. 134-102/112):

1. Schmerzhaftes Tendinopathie Extensorensehne lateraler Ellbogen (Epikondylopathie) mit/bei
 - St. n. offener Extensorensehnenrekonstruktion rechts 07/2020
2. Residuelle diskrete Schulterschmerzen rechts mit/bei
 - St. n. Schulterarthroskopie rechts mit subacromialer Dekompression 09/2018
3. PHS Schulter links mit/bei
 - klinisch subacromiales Impingement
4. Chron. stark myofaszial geprägtes cervikospodylogenes Syndrom mit/bei
 - MRI HWS 30.04.2019: Leichte degenerative Veränderungen mit diskreten Bandscheibenprotrusionen C4/5 und C5/6, Uncarthrosen (aktenanamnestisch)
 - St. n. kathetergesteuerter interventioneller Schmerztherapie vor 3 Wochen, unwirksam
5. Chron. rez. lumbospodylogenes Syndrom mit/ bei
 - vorwiegend myofaszial, partiell facetikulär, ISG?
6. St. n. repetitiven Handgelenksoperationen mit/bei
 - St. n. Ulnaverkürzung und Osteotomie rechts vom 03.09.2013 (Lunatummalazie)
 - St. n. offener Dekompression Loge de Guyon rechts 2014
 - St. n. Ringbandspaltung bei Tendovaginitis Dig. III, Flexorensehne
7. Vorfussschmerzen rechts, DD: Metatarsalgie, Morton-Neurom?
8. St. n. Abdominoplastie, St. n. Brustverkleinerung vor vielen Jahren
9. St. n. Hysterektomie und Adnexektomie vor 3 Jahren

In der Beurteilung hielt Dr.med. Y._____ fest, dass ein komplexes multilokales, mechanisch-postoperativ-myofaszial bedingtes Beschwerdebild am Bewegungsapparat bestehe. Es bestehe nicht der Eindruck einer entzündlich-rheumatologischen Erkrankung. Die komplexe Beschwerdesymptomatik sei jedoch offensichtlich doch verbunden mit Fatigue, was die Beschwerdeführer nun ziemlich klar betone. Noch scheue er sich allerdings, definitiv von einem reinen Fibromyalgie-Syndrom zu sprechen. Zu komplex sei die Ausgangslage, schon nur aufgrund der multiplen Operationen, welche die Beschwerdeführerin gehabt habe. Erschwert werde die Situation durch die komplexe psychosoziale Ausgangslage, wonach die Beschwerdeführerin, welche bei der IV-Stelle angemeldet sei, keine Arbeitsstelle zu finden vermöge. Die Beschwerdeführerin berichte von Panikstörungen. Alleine die Massnahme mit Duloxetin habe eine wesentliche

Besserung der körperlichen Symptomatik erbracht. Die für die Beschwerdeführerin sehr quälenden Nackenschmerzen, die myofaszial betonten Schultergürtelschmerzen und der rechte Arm seien wesentlich gebessert. Der linke Arm mache der Beschwerdeführerin Sorgen, weil er nicht adäquat im gleichen Masse gebessert habe.

2.3.6 Im Verlaufsbericht vom 13. August 2021 führte Dr.med. T. _____ aus, dass die Beschwerdeführerin bei der letzten Untersuchung am 15. Juni 2021 ausgeprägte Schmerzen von Seiten der linken Schulter; der HWS aber auch des rechten Ellbogens angab, weshalb er eine Arbeitsfähigkeit aufgrund der massiven Beschwerden als nicht gegeben erachtete. Bereits im Oktober 2020 sei eine körperlich leicht belastende Tätigkeit vorgeschlagen worden. Die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf könne nicht aufrechterhalten werden und führe jeweils zu ausgeprägten Bewegungs- und Belastungsbeschwerden. Die Beschwerdeführerin weise aktuell ausgeprägte Bewegungs- und Belastungsbeschwerden von Seiten der linken Schulter, bei klinisch wie auch radiologisch nachgewiesener AC-Gelenkarthrose mit subacromialer Bursitis, rezidivierenden Lumbalgien bei einer Diskusprotrusion L4/5, wiederholte Nackenbeschwerden bei Diskushernie C3/4, C4/5 und C5/6 wie auch rechtsseitige Ellenbogenbeschwerden auf. Die Beschwerdeführerin sei aktuell in einer schwer belastenden Tätigkeit nicht einsatzfähig. Prinzipiell sei sie jedoch motiviert für eine allenfalls körperlich leicht belastende Tätigkeit. Dabei sollen zusätzlich zu den bereits erwähnten Anforderungen Überkopftätigkeiten und kniende Tätigkeiten vermieden werden. In einer körperlich leicht belastenden Tätigkeit sei von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 106).

2.3.7 Nach der Schulterarthroskopie links mit subakromialer Dekompression und Bursektomie und partieller AC-Gelenksresektion am 21. Oktober 2021 (vgl. IV-act. 134-101/112) war die Beschwerdeführerin vom 8. November 2021 bis 21. Dezember 2021 in der M. _____ (Klinik) hospitalisiert. Dem Austrittsbericht vom 25. Januar 2022 lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (IV-act. 112-1f./12):

Psychiatrische Diagnosen:

F45.4 anhaltende Schmerzstörung multifaktorieller Ursache

Vordiagnostizierte F41.0 Panikstörung, ggw. remittiert

Somatische Diagnosen:

- Fibromyalgie-Syndrom (ES seit ca. 2011) (anamnestisch rheumatologisch ED 2020)
 - deutlich über 9 Schmerzregionen, Symptomschwere-Index mindestens 6 (ACR 2010)

- multiple assoziierte neurovegetative und funktionelle Symptome mit Colon irritabile, chronischem Schwindel, Parästhesien, funktionellen Herzbeschwerden, Dyspnoe (DD Hyperventilation)
- neurologisch, gastroenterologisch und kardiologisch, "keine strukturellen Diagnosen", sondern "funktionelle Beschwerden"
- Handschmerzen rechts bei St n. repetitiven Handgelenksoperationen
 - St n. Ulnaverkürzung und Osteotomie rechts (2013) (Lunatummalazie)
 - St n. offener Dekompression Loge de Guyon rechts (2014)
 - St n. Ringbandspaltung bei Tendovaginitis Dig. III rechts, Flexorensehne
- Ellenbogenschmerzen rechts
 - St n. offener Extensorensehnenrekonstruktion rechts (7/2020) bei schmerzhafter Tendinopathie Extensorensehne lateraler Ellbogen rechts (Epikondylopathie)
- Schulterschmerzen beidseits
 - St. n. Schulterarthroskopie rechts mit subacromialer Dekompression (8/2018)
 - St n. Schulterarthroskopie links mit subakromialer Dekompression und Bursektomie und partieller AC-Gelenksresektion (21.10.2021) bei Impingementsyndrom Schulter links bei mässiger AC-Gelenksarthrose, Akromion Typ II nach Bigliani und subakromialer Bursitis
- Chronisch stark myofaszial geprägtes zervikospondylogenes Syndrom
 - MRI HWS (4/2019) leichte degenerative Veränderungen mit diskreten Bandscheibenprotrusionen C4/5 und C5/6, Unkarthrosen (aktenanamnestisch)
 - St. n. kathetergesteuerter interventioneller Schmerztherapie (Anfang 10/2021), unwirksam
- Chronisch-rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom
 - vorwiegend myofaszial, partiell facetikulär, DD ISG
- Vorfussschmerzen rechts (seit 2020), DD Metatarsalgie, DD Morton-Neurom
- Benommenheitsschwindel, ca. 2 Jahre, chronisch-rezidivierend, sekundenlang (anamnestisch neurologisch abgeklärt)
- Parästhesien der Hände und Füße beidseits, chronisch-rezidivierend (anamnestisch neurologisch abgeklärt)
- Asthma bronchiale seit Kindheit, z.T. bei Anstrengung, aber auch Allergien bekannt (Hausstaub, Heuschnupfen), täglich Atektura Breezhaler
- Colon irritabile, chronisch-rezidivierende Blähungen und Obstipationen, Constella bei Bedarf, anamnestisch Koloskopie ca. 2018 gut
- Hyperazidität, "zu viel Magensäure" "kommt hoch", Esomeprazol ca. 10 Jahre (anamnestisch)
- Hypercholesterinämie, seit ca. 2017 Therapie mit Ezetimib
- St n. Abdominoplastie, St. n. Brustverkleinerung bds.: vor ca. 7 Jahren Bauchhaut kosmetisch operiert, vor ca. 20 - 25 Jahren Brustverkleinerung bds.
- St n. Hyster- und Adnexektomie: ca. 4 - 5 Jahren Gebärmutterentfernung (wegen Zysten z. T. "geplatzt" und Myomen) und vor ca. 3 Jahren Adnexektomie beidseits (bei gutartigem Ovarialtumor links), Hormonpflaster

In der Beurteilung führten Dr.med. Z. _____ (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, spez. Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPPM, Schmerzspezialistin SPS), AA. _____ (M. Sc. Psychologin) und Dr.med. AB. _____ (Facharzt für Neurologie) u.a. aus, dass aus psychiatrischer Sicht

ein erneuter Arbeitsversuch nicht zu empfehlen sei, da die multifaktoriell bedingten Schmerzen zu stark und invalidisierend seien und vorherige erfolglose Arbeitsversuche mit der IV die Beschwerdeführerin bis zu Panikattacken stark überfordert hätten. Aufgrund ihrer biografisch gelernten Muster, eigene Grenzen zu überschreiten, Emotionen zu unterdrücken und für andere zu leisten, berge ein neuer Arbeitsversuch ein grosses Risiko einer erneuten Überforderung und eines Rückfalls in stärkere Schmerzzustände. Bei Austritt habe sich die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht erholt und stabil gefühlt und einen akzeptierenden Umgang mit den Schmerzen gefunden. Sie könne ihre Kraft besser einteilen, sich bei Bedarf eher abgrenzen und sich selbstfürsorglich um sich kümmern. Die somatischen Syndrome und Schmerzen hätten sich während des stationären Aufenthaltes nicht merklich verbessert oder verschlechtert, wobei sich jedoch der Umgang damit verbessert habe (IV-act. 112-4f./12). Der Beschwerdeführerin wurde noch bis zum 31. Januar 2022 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 112-6/12).

2.3.8 Dr.med. Y._____ hat sowohl in seinem Bericht vom 25. Februar 2022 seine bisherigen Diagnosen bestätigt sowie neu (neben der Ergänzung mit der im Oktober 2021 erfolgten Schulterarthroskopien links) folgende Diagnose hinzugefügt (IV-act. 113-1/3):

1. Fibromyalgie-Syndrom mit/bei
 - Deutlich über 9 Schmerzregionen, Symptomschwere-Index mind. 6 (ACR 2010)
 - Panikstörung, ICD-10: 41.0 (Dr. AC._____)
 - Komplexe biopsychosoziale Problematik mit offener Prognose
 - Multiple assoziierte neurovegetative und funktionelle Symptome mit Colon irritabile, chronischem Schwindel, Parästhesien, funktionellen Herzbeschwerden, Dyspnoe (Hyperventilation?)

In der Beurteilung hielt Dr.med. Y._____ alsdann fest, dass von rheumatischer Seite her eine diffuse bleibende Schmerzproblematik am ganzen Körper bestehe. Das Fibromyalgie-Syndrom sei derzeit stark im Vordergrund, auf dem Boden multipler mechanisch-degenerativer Prozesse nach multipelsten Operationen. Mit der psychosomatischen Rehabilitation in der M._____ (Klinik), der aktiv-betonten Physiotherapie, der medikamentösen Behandlung (mit Duloxetin 90mg morgendlich, intermittierend Schmerzmedikamente bei ausgeprägten Schmerzattacken sowie CBD-Tropfen), psychiatrischer Therapie bei Dr.med. AD._____ (Spezialarzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie FMH) und Entspannungstherapie seien die wesentlichen Behandlungsmöglichkeiten indiziert und würden schrittweise umgesetzt.

Von Seiten der M._____ (Klinik) sei eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bis am 31. Januar 2022 attestiert worden. Diese bleibe aus psychiatrischen Gründen bestehen. Aus rheumatologischer Sicht bestehe insbesondere aufgrund der Folgeerscheinung multipler Operationen mit entsprechend nachvollziehbaren sekundären mechanischen und myofaszialen Problemen, insbesondere im Bereich beider Arme und Überlastung auch im Nacken-/ Schulterbereich und dem Fibromyalgie-Syndrom aus rein rheumatologischer Sicht eine momentane 50%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei insbesondere aufgrund des bestehenden Fibromyalgie-Syndromes die Situation nicht monodisziplinär sondern ganzheitlich biopsychosozial interpretiert werden müsse, womit die Beurteilung von psychiatrischer und orthopädischer Seite mit einfließen müsse (IV-act. 113-2/3).

2.3.9 Mit Verlaufsbericht vom 26. April 2022 machte Dr.med. T._____ einen stationären Gesundheitszustand geltend. Die Beschwerdeführerin sei zwischenzeitlich am 21. März 2022 im Bereich der linken Schulter, bei deutlichen Restbeschwerden rearthroskopiert worden. Es sei eine Rebursektomie sowie eine lateralseitige subacromiale Dekompression erfolgt (IV-act. 117). Nach der Operation im Oktober 2021 und initial deutlicher Besserung habe die Beschwerdeführerin erneute erhebliche Bewegungs- und Belastungs- wie auch Ruhebeschwerden gezeigt (vgl. IV-act. 134-94/112). Bei den Verlaufskontrollen am 29. März 2022 und 12. April 2022 sei die Beschwerdeführerin sukzessive beschwerdegebessert gewesen. Der aktive Nacken- und Schürzengriff sei bereits knapp möglich gewesen. Eine Fortführung der Physiotherapie sei empfohlen worden. Eine Arbeitsfähigkeit habe aufgrund des kurzfristigen Verlaufs nach Schulterrearthroskopie noch nicht bestanden. Bezüglich der weiteren orthopädischen Beschwerden habe die Beschwerdeführerin keine Beschwerdebesserung angegeben. Sie beklage auch Beschwerden von Seiten der HWS, BWS und LWS, wie auch von Seiten der rechten Schulter, was aus orthopädischer Sicht vor allem auf die nachgewiesene Fibromyalgie zurückzuführen sei. Mittelfristig sehe Dr.med. T._____ aufgrund der orthopädischen Veränderung zumindest eine Arbeitsfähigkeit von 50% als möglich an. Bevorzugt sollte hierbei eine Arbeit ohne Überkopfarbeiten, wenig belastend, wechselweise sitzend, gehend und stehend durchgeführt werden können. Bei optimaler Schmerztherapie sollte allenfalls auch eine Steigerung in den folgenden Monaten möglich sein. Als einschränkend erachte Dr.med. T._____ das Fibromyalgiesyndrom, welches jedoch von rheumatologischer Seite behandelt werde. Diesbezüglich bedürfe es einer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von rheumatologischer Seite. Aus psychiatrischer Sicht würden Dr.med. T._____ keine Unterlagen vorliegen. Laut dem Bericht aus M._____ (Klinik) sei die Beschwerdeführerin jedoch diesbezüglich arbeitsunfähig (IV-act. 117).

2.3.10 Gemäss Bericht von Dr.med. AD. _____ vom 8. Mai 2022 sei die Beschwerdeführerin seit dem 23. Dezember 2021 wöchentlich bei ihm in Behandlung. Es bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 8. November 2021 bis 31. Januar 2022 gemäss Bericht der M. _____ (Klinik) und ab 1. Februar 2022 gemäss Dr.med. AD. _____ für alle Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Aktuell bestehe weiterhin Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Rückenschmerzen. Beim Gehen, Stehen und Sitzen bestünden Beschwerden und es liege eine eingeschränkte Mobilität mit Auswirkungen auf die Haushaltsführung und Alltagsverrichtungen vor. Sie habe Dauerschmerzen in den Armen, die zudem das Schreiben, Heben und Halten beeinträchtigen würden. Sie habe Angst und Panik vor schmerzverschlimmernden Aktivitäten. Konzentrationsdefizite würden zu Missverständnissen und Fehlhandlungen führen, was sehr verunsichernd wirke. Sie wisse manchmal nicht, wer sie sei und was sie als Nächstes tun solle. Dr.med. AD. _____ diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit Symptomen Angst, Unsicherheit und Depression, ICD-10 F43.23, sowie eine rezidivierende depressive Störung, ICD-10 F32.1, mit den Befunden: "Herabgestimmtheit, verminderte Konzentrationsfähigkeit, hilfesuchend, verminderte Ausdauer, erhöhte Anstrengung in der Untersuchungssituation". Die verminderte Mobilität, eingeschränkte Belastbarkeit und Ausdauer sowie eine erschwerte Umstellungsfähigkeit würden sich einschränkend auf die bisherige Tätigkeit auswirken. Bei einer angepassten Tätigkeit würden Panik und Schmerzen einen Einsatz vollständig verhindern. Auch im Haushalt (kochen, putzen, bügeln, ...) sei die Beschwerdeführerin vollumfänglich eingeschränkt (IV-act. 118).

2.3.11 Gemäss Verlaufsbericht vom 12. Mai 2022 von Dr.med. Y. _____ bestehe bei der Beschwerdeführerin ein Fibromyalgie-Syndrom (IV-act. 134-92/112). Nach dem operativen Schultereingriff links gehe es der Beschwerdeführerin schon besser. Die Funktionalität sei nicht schlecht, auch wenn sie immer noch stark eingeschränkt sei. Auch das Liegen auf der linken Schulter führe zum Aufwachen. Auch die Verspannung im Nackenbereich links von myofaszial her in den Kopf- / Gesichtsbereich ziehend, sei noch ziemlich störend. Die Beschwerdeführerin habe eine physiotherapeutische Therapie, einerseits schulterrehabilitativ, andererseits passiv-detonisierend (myofasziale Techniken). Die antidepressiv-schmerzdistanzierende Therapie werde weitergeführt, mittels Duloxetin 90mg morgendlich (gemäss früheren Berichten zunächst 30mg und anschliessend 60mg) sowie mit CBD-Tropfen. Vorliegend bestehe keine schlechte Entwicklung der linken Schulter, welche durch die bestehende Fibromyalgie sicherlich etwas im Verlauf beeinflusst werde. In der Physiotherapie soll ein Heimprogramm zur Verbesserung der Tiefenstabilisation lumbalseits abgegeben werden, da neben der linken Schulter derzeit auch die lumbale und Becken-Situation dominant sei.

Deshalb könne die Beschwerdeführerin nicht lange stehen und sitzen. Der Rücken selber störe aber beim Liegen oder Laufen deutlich weniger.

2.4 Der RAD-Arzt erachtete in der Folge am 30. Mai 2022 eine polydisziplinäre Begutachtung als erforderlich (IV-act. 120). Das MEDAS-Gutachten wurde am 28. Oktober 2022 erstattet. Die Diagnosen gemäss MEDAS-Gutachten lauteten wie folgt (IV-act. 134-9f./112):

Diagnosen mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

Chronische Nacken-, Schulter-, Arm- und Handbeschwerden der dominanten rechten Seite (ICD-10 M54.2/M79.60/Z98.8)

- Status nach offener Dekompression der Loge de Guyon sowie Ulnaverkürzungsosteotomie am 03.09.2013 bei Kompressionsneuropathie des Nervus ulnaris in der Loge de Guyon und ulnokarpalem Impaktionssyndrom (Dr. F._____, G._____) (Klinik)
- Status nach Entfernung des Osteosynthesematerials an der Ulna sowie Dekompression des Nervus ulnaris am 06.11.2014 (Dr. T._____)
- Status nach Schulterarthroskopie, subakromialer Dekompression und Bursektomie am 17.09.2018 (Dr. T._____)
- Status nach Ringbandspaltung und Synovektomie Dig. III am 17.12.2019 (Dr. X._____)
- Status nach offener Extensorsehnenrekonstruktion am Epicondylus radialis und Synovektomie am 23.07.2020 (Dr. T._____)
- klinisch kein objektivierbarer Hinweis für längerdauernde höhergradige Schonung der Extremität

Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

1. Chronische Schulterbeschwerden der linken Seite (ICD-10 M79.61/Z98.8)
 - Status nach offener partieller Resektion des Akromioklavikulargelenkes am 06.11.2014 (Dr. T._____)
 - Status nach Schulterarthroskopie, subakromialer Dekompression, Synovektomie und Bursektomie am 21.03.2022 (Dr. T._____)
2. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)
3. Chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9)
4. Anamnestisch (2013) leichte Kompressionsneuropathie des Nervus ulnaris rechts (ICD-10 G56.1)
5. Anamnestisch Schmerzsyndrom rechter Unterarm (ICD-10 M79.63)
6. Colon irritabile anamnestisch (ICD-10 K58.8)
7. Tinnitus beidseits (ICD-10 H93.1)
8. Hypercholesterinämie (ICD-10 E78.2)

Die Gesamtmedizinische Beurteilung lautete wie folgt (IV-act. 134-8f./112):

Bei der allgemeininternistischen Untersuchung konnte keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden und aus allgemeininternistischer Sicht besteht eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

Bei der orthopädischen Untersuchung der Wirbelsäule zeigte sich eine praktisch freie Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte, desgleichen an sämtlichen Extremitäten. Radiologisch wurden an der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule sowie Iliosakralgelenken keine höhergradigen Auffälligkeiten und an der linken Schulter ausser Granulationsgewebe im operierten subakromialen Bereich regelrechte

Befunde dokumentiert. An der rechten Schulter wurde ein Jahr nach gemäss Operationsbericht unauffälligem Befund eine Labrumläsion und am Ellbogen dieser Seite nach bei radialer Epicondylopathie erfolgtem Eingriff ein gewisser Reizzustand gefunden.

Zusammenfassend liessen sich die ubiquitär beklagten Beschwerden durch die klinischen, radiologischen und intraoperativen Befunde kaum begründen. Es bestanden Hinweise für eine klare nicht-organische Beschwerdekomponekte. Aus orthopädischer Sicht besteht für die bisherige Tätigkeit als Pflegerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich sehr leichte bis leichte Verrichtungen unter Wechselbelastung besteht aus orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 5 kg bis selten 10 kg sollten dabei vermieden werden.

Bei der neurologischen Untersuchung fand sich für die von der Explorandin angegebenen generalisierten Schmerzen kein neurologisches Korrelat. Gleiches kann für die sehr diffus beschriebenen Schwindelzustände und Konzentrationsstörungen festgestellt werden. Aus neurologischer Sicht konnte keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden und es besteht eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

Bei der psychiatrischen Untersuchung konnten keine psychopathologischen Befunde erhoben werden und es konnte keine psychiatrische Diagnose gestellt werden. Die Arbeitsfähigkeit ist aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt.

2.5 Der RAD-Arzt erachtete am 22. November 2022 das MEDAS-Gutachten vom 28. Oktober 2022 als schlüssig. Die Angaben im Gutachten seien zu übernehmen und der RAD-Arzt teile die Meinung der Gutachter. Weitere Abklärungen seien nicht angezeigt (IV-act. 136).

3. Vorliegend ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Pflegeassistentin nicht mehr arbeitsfähig ist. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten körperlich sehr leichten Tätigkeit unter Wechselbelastung (ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 kg bis selten 10 kg) zu 100% arbeitsfähig ist (gemäss Vorinstanz) oder nicht (gemäss Beschwerdeführerin) bzw. ob der Sachverhalt rechtsgenüglich abgeklärt wurde.

3.1 Die Beschwerdeführerin rügt u.a. eine mangelhafte Abklärung, weil die Gutachterstelle die Fachdisziplin Rheumatologie einfach gestrichen bzw. durch Neurologie ersetzt habe, obwohl ausgewiesen sei, dass die Beschwerdeführerin in rheumatologischer Behandlung sei. Die rheumatischen Erkrankungen der Beschwerdeführerin wie etwa insbesondere die Fibromyalgie habe somit gutachterlich bisher nicht berücksichtigt werden können. Es reiche sodann nicht aus, nur entweder Orthopädie oder Rheumatologie zu begutachten.

3.1.1 Mit der seit 1. Januar 2022 geltenden Gesetzesrevision WEIV (vgl. vorstehend E. 1.2.2) wurde auch Art. 44 ATSG betreffend das Verfahren zur Einholung

von Gutachten geändert (vgl. zum Inhalt nachfolgende E. 3.1.2). Gemäss dem allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsatz, wonach neue Verfahrensbestimmungen unter Vorbehalt abweichender Übergangsbestimmungen mit dem Tag ihres Inkrafttretens in der Regel sofort und in vollem Umfang anwendbar sind (vgl. BGE 136 II 187 E. 3.1), ist im konkreten Fall der am 1. Januar 2022 in Kraft getretene Art. 44 ATSG betreffend Gutachten anwendbar.

Gemäss Art. 44 Abs. 5 i.V.m. Art. 44 Abs. 1 lit. c ATSG werden die Fachdisziplinen bei polydisziplinären Gutachten von der Gutachterstelle abschliessend festgelegt. Weder die IV-Stelle noch die versicherte Person können die von der Gutachterstelle vorgesehenen Fachdisziplinen anfechten (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3; BBl 2017 2535 S. 2683; Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], gültig ab 1.1.2022, Stand: 1.1.2014, Rz. 3101).

Gemäss der bisherigen höchstrichterlichen Rechtsprechung - welche vorliegend insoweit analog anzuwenden ist, als nach wie vor eine Anfechtung der von der Gutachterstelle vorgesehenen Fachdisziplinen nicht vorgesehen ist - ist es grundsätzlich der Gutachterstelle überlassen, über Art und Umfang der aufgrund der konkreten Fragestellung erforderlichen Untersuchungen zu befinden. Das Gericht hat alsdann zu prüfen, ob das Gutachten die praxisgemässen Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage erfüllt (Urteil BGer 8C_481/2021 vom 4.2.2022 E. 4.1 m.H.a. BGE 134 V 231 E. 5.1; 134 V 109 E. 9.5; vgl. auch Urteile BGer 8C_682/2017 vom 14.2.2018 E. 6.2; 8C_611/2017 vom 29.12.2017 E. 4.2).

3.1.2 Das Bundesgericht hat bereits mehrfach festgehalten, dass sich die Fachkompetenz eines Facharztes für Orthopädie sowie eines Facharztes für Innere Medizin auch auf rheumatologische Leiden erstreckt. Gegenstand der Rheumatologie - als Teildisziplin der Inneren Medizin - sind (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates, was u.a. auch auf die Orthopädie zutrifft (vgl. Urteile BGer 8C_481/2021 vom 4.2.2022 E. 4.2.1; 9C_93/2019 vom 10.4.2019 E. 4.1.2; 8C_682/2017 vom 14.2.2018 E. 6.2 m.w.H.). Wie im zitierten Bundesgerichtsentscheid (8C_682/2017) wirkten auch im konkreten Fall zudem Fachärzte der Psychiatrie und der Neurologie am MEDAS-Gutachten mit.

Die Gutachter, insbesondere der Orthopäde, berücksichtigten sodann auch die Untersuchungsergebnisse und Beurteilung des die Beschwerdeführerin behandelnden Rheumatologen Dr.med. Y. _____ und nahmen hierzu Stellung (vgl. u.a. IV-act. 134-52/112). Dabei wurde die Diagnose eines Fibromyalgie-Syndroms zwar nicht übernommen, aber auch nicht explizit verneint. Vielmehr hält der begutachtende Orthopäde fest, dass der Einschätzung des Rheumatologen insoweit gefolgt werden könne, als sie keine objektiven Faktoren des Bewe-

gungsapparates nenne, welche eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit für angepasste Verrichtungen begründen könne (IV-act. 134-52/112). Dr.med. Y._____ nannte die Folgeerscheinung multipler Operationen mit entsprechend nachvollziehbaren sekundären mechanischen und myofaszialen Problemen, insbesondere im Bereich beider Arme und Überlastung auch im Nacken- / Schulterbereich und das Fibromyalgie-Syndrom als Gründe für seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 113-2/3). Im orthopädischen Teilgutachten fand eine ausführliche Auseinandersetzung mit den von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden sowie den orthopädischen und bildgebenden Untersuchungsbefunden statt. Der Orthopäde setzte sich eingehend mit den geschilderten Beschwerden, dem Untersuchungsergebnis und den objektivierbaren Einschränkungen auseinander. Damit vermögen die Berichte von Dr.med. Y._____ keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung des Orthopäden zu begründen, zumal auch der Rheumatologe angesichts der umfangreichen somatischen und nachweisbaren Beschwerden mit der Diagnose Fibromyalgie noch zögerlich umging (vgl. vorstehende E. 2.3.5).

Die im Gutachten nicht erwähnte Fibromyalgie-Diagnose vermag auch deshalb für sich alleine keine Zweifel am Gutachten zu begründen, weil nicht der Diagnose ausschlaggebende Bedeutung für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zukommt, sondern den aus der gesundheitlichen Beeinträchtigung am Bewegungsapparat resultierenden funktionellen Einschränkungen und der damit einhergehenden Auswirkung auf das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin, was auch bei der Diagnose eines Fibromyalgie-Syndroms gilt (vgl. BGE 143 V 418 E. 6; Urteile BGer 8C_481/2021 vom 4.2.2022 E. 4.2.1f.; 9C_93/2019 vom 10.4.2019 E. 4.1.2). Damit hat sich der orthopädische Gutachter - wie gesagt - ausführlich auseinandergesetzt. Die organisch nicht erklärbaren Schmerzen sind durch die psychiatrische Begutachtung zu erfassen, mit anderen Worten erfolgt die Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei unklaren Krankheitsbildern bzw. medizinisch nicht hinreichend erklärbaren Schmerzleiden (worunter auch die Fibromyalgie fällt) regelmässig aufgrund einer psychiatrischen Abklärung (BGE 132 V 65 Regeste; Urteil BGer 8C_204/2021 vom 26.5.2021 E. 4.1.3; VGE I 2018 92 vom 14.12.2018 E. 3 m.H.a. BGE 132 V 65 Erw. 3.1, 4.1 und 4.3, übersetzt in: Die Praxis 3/2007 Nr. 38 S. 232ff.; VGE I 2016 38 vom 18.11.2016 E. 4.2.5; vgl. hierzu auch nachfolgende E. 3.4.1ff.). Schliesslich hielt der Rheumatologe Dr.med. Y._____ fest, dass bei der Beschwerdeführerin nicht der Eindruck einer entzündlich-rheumatologischen Erkrankung bestehe, womit sich eine rheumatologische Beurteilung einzig aufgrund der Diagnose der Fibromyalgie rechtfertigen lassen würde, was indes wie gesagt nicht zwingend erforderlich ist,

wenn die gesundheitlichen Beeinträchtigungen über die anderen Fachdisziplinen genügend abgeklärt und beurteilt wurden (vgl. auch vorstehende E. 2.3.5).

3.1.3 Des Weiteren nahm der orthopädische Gutachter im Verlauf auf die Beurteilungen von Dr.med. T._____ u.a. auch dessen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin Bezug. Wie sich auch aus den vorliegend dargelegten Akten ergibt, hat Dr.med. T._____ - mit Ausnahme der Heilungszeiträume nach den Operationen - die Beschwerdeführerin noch bis am 13. August 2021 für angepasste Arbeiten als zu 100% arbeitsfähig beurteilt (vgl. hierzu auch vorstehende E. 2.3.3 und 2.3.6). Erst im April 2022 hielt Dr.med. T._____ fest, dass mittelfristig - nota bene unter Berücksichtigung der Fibromyalgie - aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von zumindest 50% sicherlich zu erzielen sei. Bei optimaler Schmerztherapie sei eine Steigerung möglich, einschränkend werde die Fibromyalgie beurteilt (vgl. vorstehende E. 2.3.9). Zum einen spricht diese Aussage aus orthopädischer Sicht nicht gegen die im orthopädischen Teilgutachten eingeschätzte uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für angepasste Verrichtungen, wie der orthopädische Gutachter zutreffend ausführt (Vi-act. 134-52f./112). Zum andern ist diese Aussage von Dr.med. T._____ offen und auslegungswürdig formuliert, weshalb nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden kann, dass Dr.med. T._____ die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht als 50% in einer angepassten Tätigkeit beurteilte. Hinzu kommt, dass es sich bei der damaligen Aussage von Dr.med. T._____ um eine Prognose handelte, da damals aufgrund des kurzfristigen Verlaufs nach der Schulterrearthroskopie vom 21. März 2022 noch gar keine Arbeitsfähigkeit bestand. Damit vermögen auch die Beurteilungen von Dr.med. T._____, welche vor der MEDAS-Begutachtung erfolgten, keine Zweifel am orthopädischen Teilgutachten zu begründen.

Die - gemäss Beschwerdeführerin unberücksichtigt gebliebenen - Ruhebeschwerden wurden zunächst ab Dezember 2020 nicht mehr geäussert und erst im März 2022, im Zusammenhang mit der Operationsindikation für die Schulterarthroskopie links vom 21. März 2022, wieder erwähnt. In der Folge war die Beschwerdeführerin an der linken Schulter beschwerdegebessert. Weitere Ruheschmerzen wurden weder von den behandelnden Ärzten, noch von der Beschwerdeführerin gegenüber den MEDAS-Gutachtern erwähnt (vgl. vorstehende E. 2.3.3 und 2.3.9). Die Beschwerdeführerin äusserte gegenüber den Gutachtern jedoch, dass der Schlaf aufgrund der Schmerzen beeinträchtigt sei. Dies wurde im MEDAS-Gutachten berücksichtigt.

3.2 Die Beschwerdeführerin beanstandet des Weiteren weder das Teilgutachten betreffend die Innere Medizin noch das Teilgutachten betreffend die Neurolo-

gie. Zu Letzterem führt sie lediglich aus, dass auf eine neurologische Beurteilung verzichtet werden könne, weil die Beschwerdeführerin nicht in neurologischer Behandlung sei und auch keine neurologische Diagnose aktenkundig sei. Offen bleiben kann, ob auf das neurologische Teilgutachten hätte verzichtet werden können. Immerhin hat die Beschwerdeführerin selbst die Neurologen Dr.med. S._____ und PD Dr.med. U._____ aufgesucht (vgl. vorstehende E. 2.1.1, 2.1.3, 2.1.6), was sie auch den MEDAS-Gutachtern mitgeteilt hat (IV-act. 134-38/112 und 46/112). Auch im Bericht von Dr.med. AD._____ (welcher ebenfalls Spezialarzt für Neurologie ist) vom 8. Mai 2022 hat dieser auf eine neurologische Symptomatik hingewiesen (IV-act. 118-2/6). Dass die Gutachterstelle eine neurologische Untersuchung zur umfassenden Abklärung als notwendig erachtete, ist damit nicht zu beanstanden. Die behandelnden Ärzte haben jedoch ebenfalls keine neurologische Ursache für die Beschwerden finden können und keine relevanten neurologischen Diagnosen festgehalten, weshalb die Ausführungen im neurologischen Teilgutachten nachvollziehbar sind. Dasselbe gilt auch für die Fachdisziplin der Inneren Medizin. Auch der Hausarzt der Beschwerdeführerin verweist auf orthopädische Ursachen ihrer Beschwerden (vgl. vorstehende E. 2.3.2). Die Ausführungen in den erwähnten beiden Teilgutachten sind damit nicht zu beanstanden.

3.3 Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass - aufgrund der aktenkundig neuropsychologischen Einschränkungen wie Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen - eine neuropsychologische Evaluation notwendig sei.

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung handelt es sich bei einer neuropsychologischen Abklärung lediglich - aber immerhin - um eine Zusatzuntersuchung. Es ist grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (Urteile BGer 8C_526/2021 vom 10.11.2021 E. 4.2.1; 8C_11/2021 vom 16.4.2021 E. 4.2 m.H. auf weitere Urteile).

Die Beschwerdeführerin war bei der psychiatrischen Begutachtung wach, bewusstseinsklar und in allen Qualitäten voll orientiert. Es fanden sich gemäss Gutachter im Gespräch keine klinisch-relevanten Beeinträchtigungen von Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis. Die Stimmungslage habe sich ausgeglichen gezeigt, bei einem normalen Antrieb habe eine gute affektive Modulationsfähigkeit bestanden. Formalgedanklich hätten sich keine Auffälligkeiten finden lassen. Die Beschwerdeführerin habe sich als sehr positiv eingestellt beschrieben. Psychotisches, insbesondere halluzinatorisches oder wahnhaftes Erleben hätten nicht bestanden, das Ich-Erleben sei unbeeinträchtigt gewesen. Ängste, Zwänge oder Phobien hätten nicht bestanden. Lebensmüde Gedanken seien ne-

giert worden (IV-act. 134-41/112). Auch bei der neurologischen Beurteilung wurde die Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit als erhalten beurteilt, ohne mnestiche Defizite (IV-act. 134-60/112 und 62/112; vgl. auch frühere Beurteilungen der Hirnfunktion, IV-act. 112-10/12). In der neurologischen Untersuchung konnte sodann für die diffus beschriebenen Schwindelzustände und Konzentrationsstörungen kein neurologisches Korrelat gefunden werden (IV-act. 134-9/112). Sodann sind die Konzentrationsstörungen auch anderweitig nicht aktenkundig erstellt, sondern wurden jeweils subjektiv von der Beschwerdeführerin vorgebracht (vgl. IV-act. 112-3/12, 118-2f./6). Damit erweist sich der Einwand der Beschwerdeführerin als unbehelflich. Es ist nicht zu beanstanden, dass der psychiatrische Teilgutachter keine neuropsychologische Zusatzabklärung vorgenommen hat.

3.4.1 Des Weiteren ist vorliegend das psychiatrische Teilgutachten zu beurteilen. Die Beschwerdeführerin rügt insbesondere, dass sich das psychiatrische Teilgutachten nicht mit den bisherigen psychiatrischen Befunden und Diagnosen der M. _____ (Klinik) sowie des behandelnden Psychiaters Dr.med. AD. _____ auseinandersetze und die bisherigen Therapiebemühungen - insbesondere die leitliniengerechte psychiatrische Therapie mit sehr hoher Dosis von Psychopharmaka - nicht gewürdigt würden. Die Beschwerdeführerin vermisst sodann auch eine Auseinandersetzung mit der Aussage der M. _____ (Klinik), dass weitere Arbeitsversuche psychiatrisch absolut nicht zu empfehlen seien. Schliesslich nehme der psychiatrische Gutachter keine Stellung zur Diagnose einer komplexen Schmerzstörung (F45.5) (Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 16.3.2023, S. 8f. Rz. 29). Eine Würdigung der Arbeitsversuche und Therapien werde zudem im gesamten Gutachten vermisst. Zudem fehle eine Auseinandersetzung mit der Medikamenten-Compliance insoweit, als der psychische Leidensdruck klar ausgewiesen sei aufgrund der eingenommenen sehr hohen Dosis von Psychopharmaka. Es sei unglaublich, dass der psychiatrische Gutachter vor diesem Hintergrund der Meinung sein könne, dass überhaupt keine psychiatrische Erkrankung bestehe (Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 16.3.2023, S. 9 Rz. 30). Zudem sei die Verwertung der Arbeitsleistung sowie die andauernde Therapie nicht berücksichtigt worden (Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 16.3.2023. S. 10 Rz. 32).

3.4.2 Aus dem Aktenauszug im MEDAS-Gutachten ergibt sich, dass die Gutachter Kenntnis sowohl des Austrittsberichtes der M. _____ (Klinik), als auch des Arztberichtes von Dr.med. AD. _____ vom Mai 2022 hatten (vgl. IV-act. 134-16/112). Im Austrittsbericht der M. _____ (Klinik) wurde insbesondere die psychiatrische Diagnose einer anhaltenden Schmerzstörung multifaktorieller Ursache (F45.5) festgehalten. Die vordiagnostizierte Panikstörung (F41.0) wurde

als remittiert beurteilt. Der psychiatrische Teilgutachter hatte nicht nur Kenntnis, sondern hat die diagnostizierte Schmerzstörung auch explizit erwähnt und sich damit auseinandergesetzt. Dabei geht er bei zahlreichen erhobenen organischen Befunden allenfalls von einer Schmerzausweitung, nicht jedoch von einem Störungsbild aus dem Spektrum der somatoformen Störungen aus, wobei die erwähnte Fibromyalgie kein Störungsbild aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen sei (vgl. IV-act. 134-41/112 Ziff. 6.1 und 6.2.3). Unter dem Punkt "Herleitung der Diagnosen" hat er zudem ausgeführt, dass bezüglich der von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden zwar von einer Tendenz zu einer Schmerzausweitung ausgegangen werden könne, jedoch nicht das Störungsbild einer Somatisierungsstörung diagnostiziert werden könne (IV-act. 134-42/112 Ziff. 6.3). Damit hat sich der psychiatrische Teilgutachter nicht nur mit den von der Beschwerdeführerin geäußerten Beschwerden und Schmerzen, sondern auch mit einer vordiagnostizierten Schmerzstörung auseinandergesetzt.

Dr.med. AD. _____ diagnostizierte in seinem Bericht vom Mai 2022 sodann eine Anpassungsstörung mit den Symptomen Angst, Unsicherheit und Depression (ICD-10 F43.23) sowie eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F32.1). Dass die Beschwerdeführerin zweimal im Monat in ambulanter Behandlung beim Psychiater Dr.med. AD. _____ ist, lässt sich dem psychiatrischen Teilgutachten u.a. bei der Befragung der Beschwerdeführerin entnehmen. Des Weiteren wird beim bisherigen Behandlungsverlauf explizit erwähnt, dass die Beschwerdeführerin über den Aufenthalt in der M. _____ (Klinik) hinaus in regelmässiger ambulanter fachpsychiatrischer Behandlung sei und psychopharmakologisch zur Schmerzdistanzierung 90mg Duloxetin erhalte. Der psychiatrische Teilgutachter ging gesamthaft von einer suffizienten und leitliniengemässen Behandlung aus. Aus psychiatrischer Sicht sei durch diese die gute psychische Gesamtstabilität aufrecht zu erhalten, ohne dass die Beschwerdeführerin in eine depressive Episode abgleite (IV-act. 134-42/112). Berücksichtigt man die psychiatrischen Untersuchungsbefunde (vgl. vorstehende E. 3.3) bzw. den Umstand, dass die Beschwerdeführerin bei der Untersuchung eine ausgeglichene Stimmungslage zeigte und sich keine Hinweise auf eine affektive Symptomatik bzw. eine depressive Episode fanden, so ist nachvollziehbar, wenn der psychiatrische Gutachter bei einer guten psychischen Gesamtstabilität von einer suffizienten Behandlung ausging und keine psychiatrische Diagnose zu stellen vermochte. Ein Widerspruch findet sich darin nicht. Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin hat sich der psychiatrische Gutachter damit nicht nur mit den Berichten der behandelnden Ärzte und deren Diagnosen auseinandergesetzt, er hat auch begründet, weshalb er keine psychiatrische Diagnose zu stellen vermochte unter Berücksichtigung der psychiatrischen Behandlung inkl. Medikamentenein-

nahme der Beschwerdeführerin. Sodann ist es nicht erforderlich, dass die Gutachter zu jedem Bericht der behandelnden Arztpersonen Stellung nehmen müssen (vgl. Urteil BGer 8C_313/2020 vom 12.8.2020 E. 8.2.1 m.w.H.).

Betreffend die Frage, ob der Austrittsbericht der M. _____ (Klinik) vom Januar 2022 und der Bericht von Dr.med. AD. _____ vom Mai 2022 das psychiatrische Teilgutachten bzw. das MEDAS-Gutachten in Zweifel zu ziehen vermögen, ist zudem was folgt zu ergänzen. Dem Austrittsbericht lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am meisten durch ihre chronisch bzw. chronisch-rezidivierenden Schmerzen multifaktorieller Ursache beeinträchtigt war. Vergleichbar äusserte sich die Beschwerdeführerin im März 2022. Gemäss Aussage der Beschwerdeführerin kam es zu einer psychischen Verschlechterung, weil sie Mühe habe, die neue Situation zu akzeptieren, die ständigen Schmerzen kaum ertrage und wenig Hoffnung habe, in die Arbeitswelt zurückkehren zu können. Die Schmerzen würden zusätzlich Schlafstörungen verursachen und die chronische Übermüdung schlage der Beschwerdeführerin auf das Gemüt (IV-act. 114-4/5). Immerhin konnte die Beschwerdeführerin nach dem Aufenthalt in der M. _____ (Klinik) in einem stabilen psychischen und physischen Zustand und mit Zuversicht entlassen werden. Zwar sei es nicht zu einer Besserung der somatischen Syndrome und Schmerzen gekommen, immerhin habe sich aber der Umgang der Beschwerdeführerin damit verbessert (vgl. IV-act. 112-5/12). Dieser Umstand ist wesentlich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die psychiatrischen Fachpersonen, wenn es um die Überwindbarkeit von Schmerzen geht. Nicht nachvollziehbar sind die Ausführungen im Austrittsbericht der M. _____ (Klinik), wonach vorherige, erfolglose Arbeitsversuche mit der IV die Beschwerdeführerin bis zu Panikattacken stark überfordert hätten. Seit der erneuten IV-Anmeldung am 24. August 2020 lassen sich den Akten keine Arbeitsversuche in Begleitung der IV entnehmen (aktenkundig ist einzig ein Arbeitsversuch mit dem regionalen Arbeitsvermittlungszentrum [RAV] bei AE. _____, wobei sich die repetitive Tätigkeit [Einscannen der Ware] als nicht geeignet erwies [IV-act. 114-4/5]). Mit der Berufsberatung der IV lag der Schwerpunkt vielmehr bei der Abklärung einer Umschulung, was jedoch (aus sprachlichen oder Ausbildungsgründen, wie auch wegen der Schmerzen) nicht erfolgreich war (IV-act. 114). Zu diesem Zeitpunkt war nie von Panikattacken, sondern vielmehr von Prüfungsangst die Rede (IV-act. 114-3/5). Die M. _____ (Klinik) befürchtete mit neuen Arbeitsversuchen eine erneute Überforderung der Beschwerdeführerin und einen Rückfall in stärkere Schmerzzustände (vgl. IV-act. 112-4/12). Diese Beurteilung - wie auch die über den Klinikaufenthalt hinausgehende prognostische Arbeitsunfähigkeit von 100% bis 31. Januar 2022 - widerspricht jedoch der gleichzeitig erfolgten Beurteilung der M. _____ (Klinik), wonach die Beschwerdeführerin in

einem stabilen Zustand entlassen werden konnte und überzeugt somit nicht. Vielmehr bestätigte sich der stabile Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin damit, dass die Beschwerdeführerin zunächst gemäss Bericht von Dr.med. AD._____ im Mai 2022 noch zu wöchentlichen Therapiesitzungen ging, während es zum Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung nur noch zweiwöchentliche Sitzungen waren. Auch die Arbeitsaufnahme als Nanny per 1. August 2022 zeigte den stabilen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, welcher - entgegen den im Austrittsbericht der M._____ (Klinik) erwähnten Befürchtungen - nicht zu einer Überforderung oder einem Rückfall führte. Dr.med. AD._____ begründete in seinem Bericht vom Mai 2022 die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100% (seit Februar 2022) mit den Diagnosen einer Anpassungsstörung sowie rezidivierenden depressiven Störung bei den Befunden Herabgestimmtheit, verminderte Konzentrationsfähigkeit, hilfeschend, verminderte Ausdauer, wobei Panik und Schmerzen einen Einsatz in einer angepassten Tätigkeit vollständig verhindern würden (IV-act. 118-3/6). Diese Ausführungen entsprechen weder den Ausführungen im Austrittsbericht der M._____ (Klinik), noch konnten sie im MEDAS-Gutachten bestätigt werden. Die Beschwerdeführerin bestätigte zudem gegenüber den MEDAS-Gutachtern, sich seit Austritt aus der M._____ (Klinik) besser zu fühlen (vgl. nachfolgende E. 3.6.2).

Damit vermögen vorliegend weder der Austrittsbericht der M._____ (Klinik) vom Januar 2022 noch der Bericht von Dr.med. AD._____ vom Mai 2022 das psychiatrische Teilgutachten bzw. das MEDAS-Gutachten in Zweifel zu ziehen. Zudem ist die höchstrichterliche Rechtsprechung zu berücksichtigen, wonach die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits es nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil BGer 8C_313/2020 vom 12.8.2020 E. 8.2.3 m.w.H.). Solche Aspekte werden vorliegend von der Beschwerdeführerin nach dem Gesagten nicht dargelegt und sind auch nicht ersichtlich.

3.5 Zusammenfassend haben sich die Gutachter mit den Beschwerden und Schmerzen der Beschwerdeführerin eingehend auseinandergesetzt, eine psychiatrische Diagnose konnte nicht gestellt werden und auch eine Fibromyalgie wur-

de nicht diagnostiziert, was - wie bereits ausgeführt - nicht zu beanstanden ist, solange sich die Gutachter sowohl mit den somatischen, als auch psychischen Beschwerden und damit den funktionellen Einschränkungen auseinandersetzen (vgl. hierzu auch Urteil BGer 8C_21/2020 vom 8.4.2020 E. 4.2.7).

3.6.1 Im Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 (= BGE 143 V 418) gelangte das Bundesgericht zum Ergebnis, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen (oder vergleichbare rheumatologische Erkrankungen im Sinne einer Fibromyalgie) einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (vgl. auch BGE 143 V 409; Urteil BGer 8C_204/2021 vom 26.5.2021 E. 4.1.3). Diese Abklärungen haben regelmässig mit der Rechtsfrage zu enden, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) schliessen lassen (zit. Urteil 8C_130/2017 Erw. 7.2 in fine = BGE 143 V 418 Erw. 7.2 in fine). Bei diesem strukturierten Beweisverfahren gilt es, das tatsächliche berufliche Leistungsvermögen des Versicherten gesamthaft und ergebnisoffen abzuklären. Das Verfahren stellt auf Indikatoren ab, mit deren Hilfe ermittelt werden soll, ob bzw. in welchem Umfang eine versicherte Person arbeiten kann. Berücksichtigt werden medizinische Befunde, allfällige Therapien und deren Wirkung, berufliche Eingliederungsbemühungen, das soziale Umfeld der versicherten Person und deren geltend gemachte Einschränkungen im Alltag (vgl. zit. BGE 141 V 281 Erw. 4.1.3ff.; siehe auch IV-Rundschreiben Nr. 334 betreffend neues Beweisverfahren zur Abklärung psychosomatischer Leiden bzw. KSIR Anhang I). Hervorzuheben ist dabei, dass die juristische Anspruchsprüfung in jedem Fall Aufgabe des Rechtsanwenders und insoweit die medizinische Schätzung der Leistungsfähigkeit rechtlich nicht verbindlich ist (vgl. BGE 141 V 281 Erw. 5.2.2).

3.6.2 Wie bereits ausgeführt hat der psychiatrische Teilgutachter unter Berücksichtigung der Aktenlage und somit früherer Beurteilungen behandelnder Fachpersonen eine vertiefende Befragung der Beschwerdeführerin zu psychiatrischen Themen - wie Beschwerden, psychiatrische Behandlungen, Medikation, Familienanamnese, schulischer und beruflicher Werdegang, soziale Anamnese und Tagesablauf - durchgeführt. Im Anschluss daran hielt der Gutachter den psychiatrischen Befund fest, woraufhin die psychiatrische Beurteilung folgte.

Bei der Befragung gab die Beschwerdeführerin gegenüber dem Gutachter zunächst an, Schmerzen "von oben bis unten" zu haben. Anschliessend wurden die Beschwerden konkreter geschildert, mit Beschwerden am Rücken, bei gewissen Bewegungen am Nacken, an Schulter und der Hand. Begonnen hätten die körperlichen Schmerzen vor rund 20 Jahren mit Magenschmerzen, welche bis

heute bestehen würden, sowie mit einem Reizdarmsyndrom. Vor drei Jahren habe sich eine Schwindelsymptomatik entwickelt, weshalb sie zu einem Neurologen gegangen sei, welcher jedoch keine Ursache habe finden können. Von einem Rheumatologen sei eine Fibromyalgie festgestellt worden. Psychisch habe sie sich im letzten Jahr in der M._____ (Klinik) befunden, seither gehe es ihr besser. Es gebe Momente, in welchen sie traurig sei, da sie ihr ganzes Leben gearbeitet habe und eigentlich eine aktive und lebensfrohe Person sei. Zum Begutachtungszeitpunkt arbeitete die Beschwerdeführerin zu 60% (inzwischen 50%) als Nanny verteilt auf 2.5 Tage (dienstags und donnerstags von 8.30 - 17.30 Uhr und mittwochs von 18.30 - 21.30 Uhr). Gegenüber dem Gutachter äusserte die Beschwerdeführerin, dass sie gerne arbeite, jedoch Angst habe, dass es wegen der Schmerzen irgendwann nicht mehr gehen werde. Sie sehe sich derzeit bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 bis 60%. Zuhause koche sie. Im Übrigen werde der Haushalt durch eine Haushälterin erledigt. Die Haushaltstätigkeiten könne sie wegen ihrer Schmerzen nicht erledigen. Die Einkäufe erledige der Partner. Der Nachtschlaf sei trotz Medikamenten nicht gut, weshalb sie morgens um 9.00 Uhr aufstehe. Danach gehe sie eine Stunde spazieren. Nach dem gemeinsamen Mittagessen mit dem Partner lege sie sich für eine halbe Stunde hin. Den Nachmittag verbringe sie daheim. Wenn sie nicht arbeite, gehe sie mit ihrem Partner laufen und schwimmen, wenn er heimkomme. Über die Woche nehme sie jeweils Termine wie Physiotherapie wahr. Den Abend verbringe man nach dem gemeinsamen Abendessen zusammen, vor dem Fernseher oder mit Freunden. Sie gehe zwischen 22.30 und 23.30 Uhr schlafen (IV-act. 134-38ff./112).

Der psychiatrische Teilgutachter hat in seiner Beurteilung berücksichtigt, dass die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren unter körperlichen Beschwerden leidet. Im Rahmen der Konsistenz und Plausibilitätsprüfung aus psychiatrischer Sicht fand er in der Untersuchung keine Hinweise auf eine Aggravation oder Simulation von Beschwerden. Vielmehr seien diese von der Beschwerdeführerin nachvollziehbar geschildert worden. Die Alltagsgestaltung bilde sodann die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden nachvollziehbar ab. Es bestehe - abhängig von den körperlichen Beschwerden - eine strukturierte Alltags- und Freizeitgestaltung. Eine anhaltende Schmerzstörung vermochte der Psychiater nicht zu diagnostizieren. Er ging allenfalls von einer Schmerzausweitung aus, begründet mit den zahlreich erhobenen organischen Befunden (vgl. auch Dr.med. Y._____, wonach das Fibromyalgie-Syndrom derzeit stark im Vordergrund sei, auf dem Boden multipler mechanisch-degenerativer Prozesse nach multipelsten Operationen, IV-act. 113-2/3). Der orthopädische Teilgutachter diagnostizierte denn auch chronische Nacken-, Schulter-, Arm- und Handbeschwerden rechts, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würden sowie chronische

Schulterbeschwerden links, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie ein chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom, welche keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Der psychiatrischen Beurteilung einer Schmerzausweitung sowie der Konsistenz der bei der psychiatrischen Untersuchung geschilderten Beschwerden steht auch die Beurteilung des orthopädischen Teilgutachters nicht entgegen, wonach sich die ubiquitär beklagten Beschwerden durch die klinischen, radiologischen und intraoperativen Befunde kaum begründen lassen würden. Die zahllos durchgeführten radiologischen Abklärungen und operativen Eingriffe einerseits sowie die weitgehend unauffällige klinische Untersuchung einschliesslich Gebrauchsspuren an Knien und rechter Hand andererseits liessen dabei an eine klare nicht-organische Beschwerdekomponekte denken. Die im Alltag etwa im Haushalt geltend gemachten hochgradigen Einschränkungen könnten auf rein orthopädischer Ebene nicht nachvollzogen werden.

Der psychiatrische Teilgutachter hat sich somit mit der geltend gemachten Gesundheitsschädigung eingehend auseinandergesetzt. Wie bereits ausgeführt, hat er sich auch zur suffizienten und damit erfolgreichen, leitliniengemässen Behandlung geäussert (vgl. auch Dr.med. Y. _____, wonach die wesentlichen Behandlungsmöglichkeiten, wie Physiotherapie, Medikation, psychiatrische Behandlung sowie eine empfohlene Entspannungstherapie, indiziert seien und schrittweise umgesetzt würden, IV-act. 113-2/3). Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin kann dies sowie die Bestätigung von Konsistenz und Plausibilität durch den Psychiater sodann durchaus als positive Äusserung zum Leidensdruck beurteilt werden. Ein fehlender Leidensdruck wird im Gutachten denn auch nicht festgehalten. Im Gegenteil geht es bei der Beurteilung des Leidensdrucks um die Konsistenz der Auswirkungen der Gesundheitsschädigung. Die strukturierte Alltagsgestaltung wurde unter Berücksichtigung der Beschwerden vom psychiatrischen Gutachter eben gerade als nachvollziehbar beurteilt. Dies widerspricht indes nicht seiner Beurteilung, wonach die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist. Vielmehr verweist der Gutachter, u.a. auch bei der Behandlung, auf die gute psychische Gesamtstabilität der Beschwerdeführerin, welche aufrecht zu erhalten ist, damit die Beschwerdeführerin nicht in eine depressive Episode abgleitet. Daraus ergeben sich betreffend Umgang mit den Schmerzen bereits gesundheitsbedingte Ressourcen, namentlich der stabile psychische Gesundheitszustand. Als positiv (auf die funktionelle Auswirkung der Schmerzen) ist auch zu werten, dass sich die Beschwerdeführerin mittels Anstellung als Nanny auch beruflich wieder einzugliedern vermochte, nachdem sich aus den Akten ergibt, dass die Angst, keine Arbeit mehr ausüben zu können, zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Be-

schwerdeführerin geführt hat (vgl. IV-act. 112-3/12). Zudem ist dieser Umstand auch zu Gunsten der Konsistenz der Schilderungen der Beschwerdeführerin zu werten. Das bedeutet indes nicht, dass ohne Weiteres die subjektive Einschätzung der Beschwerdeführerin betreffend ihre Leistungsfähigkeit übernommen wird. Die Beschwerdeführerin hat im MEDAS-Gutachten mehrfach betont, dass sie sich subjektiv nicht zu mehr als 50 bis 60% arbeitsfähig erachte. Immerhin vermag die Beschwerdeführerin zwei ganze Tage (sowie zusätzlich geringfügig noch stundenweise) pro Woche ihrer Tätigkeit nachzugehen, ohne somit die 50%-ige Arbeitstätigkeit aufgrund von Schmerzen auf die ganze Woche aufteilen zu müssen. Fraglich ist zudem, ob es sich bei der Tätigkeit als Nanny tatsächlich um eine leidensangepasste Tätigkeit gemäss MEDAS-Gutachten handelt. Die Betreuung eines Babys oder Kleinkindes beinhaltet erfahrungsgemäss wiederholt das Heben und auch Tragen des Kindes, welches in der Regel über 5 kg wiegt. Dies sollte jedoch gemäss dem begutachtenden Orthopäden eben gerade vermieden werden. Indes ist es nicht der Beschwerdeführerin anzulasten bzw. auch nicht IV-relevant, wenn sich eine angepasste Tätigkeit im konkreten Fall nur schwer finden lässt. Schliesslich würdigte der psychiatrische Gutachter den Umstand einer harmonischen Partnerschaft und einer guten sozialen Integration als positive und gute persönliche Ressourcen, um Widrigkeiten angemessen begegnen zu können.

3.6.3 Zusammenfassend legte der psychiatrische Teilgutachter vorliegend nachvollziehbar und in umfassender Diskussion der Befunde, Beschwerden und Ressourcen sowie unter Einbezug einer Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung aus versicherungsmedizinischer Sicht dar, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu 100% arbeitsfähig ist. Das Gutachten gibt sodann hinreichend Aufschluss über die einzelnen Standardindikatoren und ist im Ergebnis nicht zu beanstanden.

3.7 Die Gesamtbeurteilung erfolgte unter Berücksichtigung sämtlicher Teilgutachten und fasste die Ergebnisse ebenfalls nachvollziehbar und schlüssig zusammen. Die Experten schlossen nachvollziehbar auf eine fehlende Arbeitsunfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit, weil die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht nicht zu schmälern vermochten (BGE 143 V 418 E. 6). Die Vorinstanz hat vorliegend somit zu Recht auf das Ergebnis des MEDAS-Gutachtens abgestellt.

4. Bei dieser Sachlage hat die Vorinstanz zu Recht einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad verneint. Dies trifft auch dann zu, wenn man bei der Be-

schwerdeführerin von einer 100%-igen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall ausgehen würde, und selbst wenn man einen maximalen leidensbedingten Abzug von 25% gewähren würde (vgl. BGE 146 V 16 E. 4.1 und Urteil BGer 8C_74/2022 vom 22.9.2022 E. 2.3). Damit erübrigen sich weitere Ausführungen dazu. Anzumerken ist jedoch, dass aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin gegenüber den MEDAS-Gutachtern (wie auch bei der Anmeldung beim RAV vom 31.12.2020) angegeben hat, derzeit nicht mehr als 60% zu arbeiten bzw. dass sie nicht mehr als 60% in der Lage sei zu arbeiten, nicht auf eine Erwerbstätigkeit in einem Pensum von 60% im Gesundheitsfall geschlossen werden kann (vgl. IV-act. 134-10/112, 32f./112, 39/112, 59/112, 145-10/13; KV-act. 6-124/141). Es ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin vor der ersten IV-Anmeldung im Jahr 2013 (seit 2010) einer 80%-igen Tätigkeit nachging und in der Folge als in der angestammten Tätigkeit arbeitsunfähig beurteilt wurde. Es ist somit nachvollziehbar, dass sie bei Rückkehr in die angestammte Tätigkeit ihr Pensum einschränkte. Wie gesagt beziehen sich die Äusserungen zum 60% Pensum auf die subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der Beschwerden und nicht auf das Arbeitspensum im Gesundheitsfall. Deshalb wäre die Beschwerdeführerin bei der Statusfrage zumindest als 80% erwerbstätig zu beurteilen, was vorliegend jedoch nichts am Ergebnis zu ändern vermag.

Betreffend Tätigkeit im Haushalt hat der Orthopäde im MEDAS-Gutachten festgehalten, dass nur Einschränkungen bezüglich körperlich hoher Belastungen wie etwa beim Tragen eines vollen Wäschekorb oder von Grosseinkäufen bestehen würden. Die geltend gemachten hochgradigen Einschränkungen könnten auf rein orthopädischer Ebene nicht nachvollzogen werden (IV-act. 134-51/112, 55/112; vgl. auch die Einschätzung von Dr.med. T. _____ noch am 13.8.2021, IV-act. 106-7/8). Auch in den übrigen Disziplinen bestand keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit im Haushalt (IV-act. 134-36/112, 41ff./112). In der Gesamtbeurteilung fassten die Gutachter zusammen, dass die Einschränkung im Haushalt bei freier Zeiteinteilung bei unter 15% liege (IV-act. 134-11/112). Der Hinweis auf den jahrelangen Beizug einer Haushalthilfe vermag diese Beurteilung nicht in Zweifel zu ziehen. Sodann verweist die Vorinstanz grundsätzlich zu Recht auf die Schadenminderungspflicht, wonach es den Personen im gleichen Haushalt in der Regel (vorliegend dem Partner durchaus) zumutbar ist, anfallende Arbeiten zu übernehmen. Selbst wenn man eine Einschränkung von 15% annehmen würde, resultierte daraus kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

5. Bei dieser Sachlage erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Diesem Ergebnis entsprechend sind die Verfahrenskosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Eine Parteientschädigung fällt ausser Betracht.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie hat einen Kostenvorschuss von Fr. 500.-- bezahlt, sodass die Rechnung ausgeglichen ist.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 11. April 2024

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 23. April 2024