

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2023 5

## Entscheid vom 22. August 2024

---

Besetzung

lic.iur. Achilles Humbel, Präsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
lic.iur. Anna Maria Rüesch, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,

**gegen**

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

## **Sachverhalt:**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (geb. \_\_\_\_\_ 1964; geschieden; kinderlos; nachstehend: die Versicherte) machte nach Absolvierung von sechs Jahren Primar- und drei Jahren Sekundarschule von 1980 bis 1983 eine Ausbildung als Detailhandelsangestellte. Es folgten nach einem Engländeraufenthalt ( \_\_\_\_\_ ) diverse Anstellungen als Uhren-Bijouterie-Verkäuferin. Am 1. März 1999 nahm sie eine selbständige Erwerbstätigkeit auf und eröffnete ihr eigenes Schmuckgeschäft, welches infolge Konkurses am 28. Februar 2018 aufgelöst wurde (zum Lebenslauf vgl. Vi-act. 17). Seit März 2018 wird sie von der Fürsorgebehörde B. \_\_\_\_\_ unterstützt (vgl. Vi-act. 1, 4, 65-1/9; Bf-act. URP).

**B.** Am 17. August 2018 ging bei der IV-Stelle Schwyz die Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen ein. Die Versicherte nannte als gesundheitliche Beeinträchtigung seit März 2018 "Traumatisierung aufgrund Geiselnahme, Erschöpfungsdepression, alle 2 Tage Migräne". Sie habe bereits 2007 einen psychischen Zusammenbruch erlitten und an einer ambulanten Psychotherapie im Sanatorium in \_\_\_\_\_ teilgenommen (vgl. Vi-act. 1-6/8; 6).

**C.** Nach Einholung von Arztberichten und Stellungnahmen des RAD-Arztes (vgl. Vi-act. 11, 14, 22, 34, 35) sowie einem Medas-Gutachten vom 22. Februar 2022 (Vi-act. 46) teilte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 6. September 2022 mit, dass kein IV-relevanter Gesundheitsschaden mit anhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Es bestehe daher kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung; die Abweisung des Leistungsbegehrens werde vorgesehen (Vi-act. 61). Dagegen opponierte die Versicherte mit am 6. Oktober 2022 bei der IV-Stelle eingegangenen handschriftlichem Schreiben (vgl. Vi-act. 62). Die IV-Stelle setzte der Versicherten am 3. November 2022 Frist zur Nachbesserung der Einwände und zur Einreichung weiterer medizinischer Unterlagen an (vgl. Vi-act. 64). Die Versicherte liess sich hierzu nicht weiter vernehmen (vgl. Vi-act. 65-8/9). Mit Verfügung vom 5. Dezember 2022 bestätigte die IV-Stelle den Vorbescheid vom 6. September 2022 und wies das Leistungsbegehren ab (vgl. Vi-act. 66).

**D.** Unter Bezugnahme auf die Verfügung vom 5. Dezember 2022 reichte die Versicherte der IV-Stelle (Eingang am 11.1.2023) eine ärztliche Bestätigung des sie behandelnden Psychiaters (Pract.med. C. \_\_\_\_\_, Oberarzt APP, Triaplus AG, Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Schwyz) vom 18. November 2022 ein, wonach sie sich seit dem 14. März 2018 aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode, bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.1), einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie eines zwang-

haften pathologischen Spielens (ICD-10 F63.0) in ambulanter psychiatrischer Behandlung befinde (vgl. Vi-act. 67 f.). Dieses Schreiben leitete die IV-Stelle mit Schreiben vom 18. Januar 2023 an das als zuständig erachtete Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz als Beschwerde weiter mit der Begründung, da die IV-Stelle bereits die Verfügung vom 5. Dezember 2022 erlassen habe, könne das entsprechende Schreiben der Versicherten nur als Beschwerde weiter bearbeitet werden (vgl. Vi-act. 69).

**E.** Mit Vernehmlassung vom 14. Februar 2023 beantragt die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen unter Kostenfolge zu Lasten der Versicherten. Weitere Eingaben liegen in der Angelegenheit nicht vor.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1.1** Nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) vom 19. Juni 1959 in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

Die versicherte Person hat nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31.12.2021 geltenden Fassung):

- Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent,
- Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent,
- Anspruch auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent,
- und Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid ist.

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

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

**1.1.3** Die Beschwerdeführerin hat sich bereits am 17. August 2018 zum Bezug von Leistungen (Rente) der IV angemeldet. Nach (sehr umfangreichen) Abklärungen hat die IV-Stelle mit der angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2022 einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin verneint. Bei dieser Sachlage ist ein allfälliger Rentenanspruch grundsätzlich nach dem bis Ende 2021 geltenden Recht (und nicht nach dem neuen, seit dem 1.1.2022 geltenden Recht) zu bestimmen.

**1.2.1** Der Invaliditätsgrad bestimmt sich nach Art. 16 ATSG, wonach zur Ermittlung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt wird, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Es ist für die Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG, 4. A., Zürich 2022, Art. 28a N 27).

**1.2.2** Die Beschwerdeführerin wäre im Gesundheitsfall vollzeitlich erwerbstätig, was soweit ersichtlich unbestritten ist. Zudem lässt sich den Akten nichts Gegenteiliges entnehmen.

**1.3** Die Invalidität bemisst sich grundsätzlich nicht nach medizinischen, sondern nach wirtschaftlichen, erwerblichen Kriterien, nach der Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist das Unvermögen, auf dem gesamten für die versicherte Person in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbliebene Ar-

beitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 25 E. 3d). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 E. 1b).

**1.4** Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts zu sorgen (BGE 122 V 157 E. 1a). Mit dem Untersuchungsgrundsatz korrelieren die Mitwirkungspflichten der versicherten Person, indem diese zur Abklärung des Sachverhaltes beitragen muss (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 57 IVG N 8 mit Verweis auf BGE 122 V 157 E. 1a).

**1.5.1** Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (BGE 125 V 256 E. 4).

Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind.

Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 mit zahlreichen Hinweisen auf die Rechtsprechung).

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

V 157 E. 1c). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 E. 6; BGE 126 V 353 E. 5b).

**1.5.3** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

**1.5.4** Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

**1.6.1** Für die Festsetzung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Leiden definiert das strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und allfälliger Kompensationspotentiale (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (Urteil BGER 8C\_213/2020 vom 19.5.2020 E. 4.1 mit Verweis auf BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 - 3.6 und E. 4.1). Das Wesen dieser Vorgehensweise besteht darin, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen anhand eines Kataloges von (Standard-)Indikatoren, unterteilt in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (mit den Komplexen Gesundheitsschädigung [Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz, Komorbiditäten], Persönlichkeit und sozialer Kontext) und "Konsistenz" (gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck;

BGE 141 V 281 E. 4.1.3) einzuschätzen, dies unter Berücksichtigung sowohl leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren als auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen; vgl. Urteil BGer 9C\_439/2021 vom 13.4.2022 E. 4.2.2 mit Verweis auf BGE 141 V 281 E. 3.6).

**1.6.2** Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung in ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren, die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben. Es stellt sich aus rechtlicher Sicht die Frage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, wie sie vom medizinisch-psychiatrischen Experten abschliessend eingeschätzt worden ist. Eine davon losgelöste Parallelüberprüfung "nach besserem juristischen Wissen und Gewissen" darf nicht stattfinden (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 mit Hinweisen; Urteil BGer 8C\_407/2020 vom 3.3.2021 E. 5.1). Rechtsprechungsgemäss liegt eine solche dann nicht vor, wenn das kantonale Gericht anhand der medizinischen Indikatorenprüfung die massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung eines stimmigen Gesamtbildes schlüssig abhandelt und nachweist, wo die ärztlichen Darlegungen nicht mit den normativen Vorgaben übereinstimmen (BGE 145 V 361 E. 4.1.1 mit Hinweisen).

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

Gelangt der Rechtsanwender nach der Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen (E. 1.4ff.), ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens ist - wie oben erwähnt - nicht statthaft (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; Urteil BGer 8C\_260/2017 vom 1.12.2017 E. 4.2.5 m.H.).

**1.8** Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer 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; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. A., Rz. 153; Urteil BGer 8C\_424/2010 vom 19.7.2010 E. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 140 E. 5.3).

**1.9** Der gerichtliche Überprüfungszeitraum erstreckt sich grundsätzlich nur auf den Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der streitigen Verfügung (hier: 25.1.2023) verwirklicht hat (vgl. statt vieler: BGE 130 V 445 E. 1.2; Urteile BGer 9C\_262/2020 vom 18.8.2020 E. 4.2; 9C\_656/2013 vom 11.12.2013 E. 3.1).

**2.** Zu den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lassen sich den Akten im Wesentlichen folgende Angaben entnehmen (vgl. zum Ganzen auch Vi-act. 65):

**2.1** Im Jahr 1993 wurde die Beschwerdeführerin Opfer eines Raubüberfalls mit anschliessender Geiselnahme mit Bedrohung durch eine Schusswaffe. In der Folge wurde ihr während zwei Wochen eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Im Juni 1993 erhielt sie Opferhilfe (vgl. Vi-act. 9-3/6; [www.mundwilerjuwelen.ch/ueber-mundwiler/mundwiler-chronik/](http://www.mundwilerjuwelen.ch/ueber-mundwiler/mundwiler-chronik/), eingesehen am 25.6.2024).

**2.2** Mit der IV-Anmeldung vom 17. August 2018 machte die Beschwerdeführerin namentlich psychische Probleme geltend (vgl. vorstehend Ingress lit. B.; Vi-act. 1).

Dr.med. D.\_\_\_\_\_ (Fachärztin Allgemeinmedizin, Horgen) bestätigte der Vorinstanz mit Schreiben vom 17. September 2018, dass bei der Beschwerdeführerin zwar nicht aus hausärztlicher, jedoch aus psychiatrischer Sicht ein Grund für eine IV-Anmeldung bestehe; sie verwies diesbezüglich auf die Triaplus AG - Ambulante Psychiatrie (Dr.med. E.\_\_\_\_\_) in Schwyz (vgl. Vi-act. 7).

In Beantwortung des "Fragebogen Selbständigerwerbende" vom 18. September 2018 machte die Beschwerdeführerin eine Einschränkung in ihrer Tätigkeit seit dem erstmaligen Aufsuchen eines Psychiaters im Jahre 2007 geltend. Aktuell sei keine Arbeitstätigkeit möglich. In der Vergangenheit habe sie ihr Geschäft infolge Erschöpfung/Depression immer wieder schliessen müssen bzw. angesichts der gesundheitlichen Probleme nicht öffnen können. Seit 2007 habe sie immer wieder finanzielle Einbussen einstecken müssen. Sie könne Tätigkeiten, welche Konzentration erfordern würden bzw. stressig/ belastend seien, nicht mehr aus-

üben. Grosse Menschenansammlungen würden Panikattacken verursachen. Seit 2012 habe sie keine Buchhaltung mehr geführt ("zu teuer"), was bei den Steuern zu Bussen und Ermessensveranlagungen geführt habe (vgl. Vi-act. 6).

**2.3** Mit dem IV-Fragebogen "Arztbericht: Berufliche Integration/Rente" vom 19. Dezember 2018 stellten S.\_\_\_\_\_ und Pract.med. C.\_\_\_\_\_ (Assistenzärztin bzw. Oberarzt APP, Triaplus AG) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Vi-act. 9):

rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ED 2007 (ICD-10 F33.1), DD: Bipolare Störung

Pathologisches/zwanghaftes Spielen (ICD-10 F63.0)

V.a. Posttraumatische Belastungsstörung

Migräne, ED 1994, (Therapie beim Hausarzt)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden keine gestellt. Sie attestierten der Beschwerdeführerin Arbeitsunfähigkeiten zu 100% vom 14. März 2018 bis 11. Juli 2018 und vom 1. August 2018 zu 100% bis "dato" (vgl. Vi-act. 9 [Ziff. 1.3/3.1/4 und 2.5]). Momentan sei die Beschwerdeführerin in einer integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Weitere regelmässige psychotherapeutische Gespräche hätten ihren Fokus auf Stabilisation, Selbstwirksamkeit und Unterstützung sowie Umgang mit Einsamkeit (Ziff. 2.8). Die Beschwerdeführerin leide nach wie vor unter gedrückter Stimmung, Freudlosigkeit und einer deutlichen Verminderung des Antriebs; die verminderte Energie führe zu erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkungen; auch leide sie unter verminderter Konzentration; es bestehe generell ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen; zudem schildere sie Schuldgefühle und Empfinden von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsgedanken (vgl. Ziff. 3.4).

**2.4** Der RAD-Arzt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) empfahl mit Stellungnahme vom 7. März 2019 die Einholung eines Verlaufsberichts bei der Triaplus AG in drei Monaten mit Zusatzfragen namentlich betreffend die bisher ausser mit Jarsin [Antidepressivum auf der Basis von Johanniskraut] durchgeführten medikamentösen Behandlungen (Art, Dauer sowie Dosis der Medikation) sowie allfälligen weiteren geplanten Therapiemassnahmen (vgl. Vi-act. 11).

**2.5** Mit Verlaufsbericht vom 16. Juli 2019 berichtete Pract.med. C.\_\_\_\_\_ von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin, nachdem sie in einem kleinen Pensum versucht habe, pflegerisch tätig zu sein (10%, bei einer befreundeten Kollegin und MS-Patientin), diese Anstellung vor Kurzem jedoch wieder verloren habe. Diese Situation habe sie depressiver wer-

den lassen und ihre Stimmung gedrückt. Der Psychiater stellte die gleichen Diagnosen wie am 19. Dezember 2018 (ohne das "rezidivierend"). Seit 1. Januar 2019 bis 30. April 2019 attestierte er Arbeitsunfähigkeiten von 100%, vom 1. Mai 2019 bis 30. Juni 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 90% und ab Juli 2019 erneut von 100%. Die ambulante psychotherapeutische Einzelgesprächstherapie werde fortgesetzt. Zusätzlich erfolge ein regelmässiger, mehrmals wöchentlicher Besuch der sozialpsychiatrischen Tagesstätte. Die Beschwerdeführerin werde zur Suche eines neuen Betätigungsfeldes in einem kleinen Pensum motiviert. Prognostisch günstig erweise sich dabei die grosse Motivation der Versicherten, an sich zu arbeiten und etwas zu verbessern; demgegenüber würden die bereits langjährige psychiatrische Erkrankung und die kombinierten Diagnosen als prognostisch ungünstig erscheinen. Ausser mit Jarsin werde sie bei Angstgefühlen/Panikattacken "in der Reserve" mit Temesta (1mg 0.5 bis 1 Tabl.) behandelt. Neben der Fortsetzung der ambulanten gesprächstherapeutischen Behandlung werde eine zusätzliche antidepressive Medikation "unter Berücksichtigung eines etwaigen bipolaren Hintergrundes im Verlauf" neu evaluiert (vgl. Vi-act. 12).

**2.6.1** Laut Stellungnahme vom 11. Oktober 2019 des RAD-Arztes Dr.med. F.\_\_\_\_\_ liess sich aufgrund der Berichte der Triaplustherapie eine "Persönlichkeitsproblematik" vermuten. Die medikamentöse Behandlung erweise sich weiterhin als rudimentär; immerhin sei eine Neuevaluation geplant, sodass mittelfristig eine Besserung der Depression zu erwarten sei. Parallel dazu sollte mit einer IM [Integrationsmassnahme] begonnen werden. Aufgrund des Verlaufs sei jedoch ein Gesundheitsschaden mit zumindest vorübergehender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich. Mittelfristig sei aus versicherungsmedizinischer Sicht unter adäquater Behandlung wieder eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt zu erwarten. Die von der Triaplustherapie attestierte 100%-ige Arbeitsunfähigkeit beziehe sich wahrscheinlich auf die zuletzt ausgeübte selbständige Tätigkeit. Rein aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode sei aus versicherungsmedizinischer Sicht eine Teilarbeitsfähigkeit von ca. 50% zu erwarten. Bei der Umsetzung sei die Beschwerdeführerin auf die Unterstützung im Sinne eines Aufbau-/ Belastbarkeitstrainings angewiesen. Konkret empfahl der RAD-Arzt Integrationsmassnahmen mit einem Startpensum von 4 x 3 Stunden/Tag und stufenweiser Steigerung innert sechs Monaten auf ein Vollzeitpensum. Nach Beginn der IM sei erneut ein Verlaufsbericht bei der Triaplustherapie AG mit der Zusatzfrage nach der aktuellen medikamentösen Therapie anzufordern (vgl. Vi-act. 14).

**2.6.2** Hierauf veranlasste die Vorinstanz am 16. Oktober 2019 IM (Vi-act. 15). Sie wurden am 2. Juli 2020 abgeschlossen, weil die Beschwerdeführerin gemäss

ihrer und ihres Psychiaters (Pract.med. C.\_\_\_\_\_) Einschätzung nur zu 30% arbeitsfähig war und eine Rentenprüfung wünschte (Vi-act. 18-4/4)

**2.7** Mit Verlaufsberichten vom 15. Juli 2020 sowie 9. Oktober 2020 verneinte Dr.med. D.\_\_\_\_\_ erneut aus ihrer allgemeinen internistischen Sicht Diagnosen, die eine IV-Anmeldung nötig machten. Sie verwies für weitere Fragen an den behandelnden Psychiater der Triaplus AG (vgl. Vi-act. 19 und 26).

**2.8** Mit Verlaufsbericht vom 2. September 2020 hielt Pract.med. C.\_\_\_\_\_ an seinen Diagnosen fest (vgl. vorstehend E. 2.6). Ergänzend/aktualisierend führte er Folgendes aus (vgl. Vi-act. 20):

(...)

**3. Verlauf / veränderte Befunde:**

Aufgrund von mehreren körperlichen Problemen der Patientin mit aktuell Zustand nach leichtem Apoplex und Thrombose/Embolie verschlechterte sich der psychische Zustand der Patientin etwas und die Patientin war nicht in der Lage, weiterhin geringgradig stundenweise arbeitstätig zu sein oder ein Jobtraining wahrzunehmen. Lediglich der Besuch von Gruppentherapien in unserer sozialpsychiatrischen Tagesstätte konnte von der Patientin meistens wahrgenommen werden.

**4. AUF-Verlauf seit letzter Berichterstattung:**

Seit Juli 2019 wurde eine AUF von 100% attestiert.

**5. Therapeutische Massnahmen / Prognose:**

Die ambulante psychotherapeutische Einzelgesprächstherapie nach kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ausrichtung wird fortgesetzt, des Weiteren besucht die Patientin zusätzlich die Gruppe unserer sozialpsychiatrischen Tagesstätte. Eine nachhaltige Aktivierung der Patientin mit Suche einer neuen Tätigkeit/ Vorbereitung eines Jobtrainings auch in einem kleineren Pensum ist bis dato gescheitert. Insgesamt ist somit von einer schwierigen eher negativen Prognose auszugehen.

(...)

**2.9** Die Fragen der Vorinstanz vom 8. September 2020 nach der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten sowie einer angepassten Tätigkeit sowie der allfälligen Notwendigkeit weiterer Abklärungen (Vi-act. 21-5/5) erachtete der RAD-Arzt F.\_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 10. September 2020 als "auf Basis der vorliegenden Dokumente nicht beantwortbar". Im Hinblick auf eine eventuelle MEDAS-Begutachtung müsse die somatische und neurologische Situation besser dokumentiert sein. Er empfahl die Nachfrage bei der Beschwerdeführerin, wo sie aufgrund des Apoplexes in Behandlung (gewesen) sei sowie die Anforderung von Arztberichten, MRI-Befunden etc. (vgl. Vi-act. 22).

**2.10** Mit Arztbericht vom 3. November 2020 informierte Dr.med. I. \_\_\_\_\_ (Fachärztin FMH für Neurologie, Neuroangiologie, EMG, EEG, evozierte Potentiale, Wädenswil), dass sie die Beschwerdeführerin erstmals ambulant am 20. Juni 2018 wegen einer beginnenden Arteriosklerose der Carotiden und häufigen Migräne-Attacken im Jahre 2018 gesehen habe, dann 2019 wegen eines Carpaltunnel-Syndroms rechts und zuletzt am 21. August 2020 wegen frischer punktförmiger Ischämie (links, temporal, asymptomatisch). Darüber hinaus bestehe auch eine Vorgeschichte mit akuter Lungenembolie. In drei Jahren sei die nächste Kontrolle der hirnversorgenden Gefässe vorgesehen (vgl. Vi-act. 28).

**2.11.1** Auf Zuweisung vom Dr.med. D. \_\_\_\_\_ hatte Dr.med. G. \_\_\_\_\_ (Fachärztin Allgemein Chirurgie FMH, Fähigkeitsausweise Sonographie Venen, Fähigkeitsausweis Phlebologie, H. \_\_\_\_\_, Praxis für minimalinvasive Venenbehandlungen, \_\_\_\_\_) die Beschwerdeführerin in ihrer Sprechstunde am 26. August 2020 gesehen und auch eine Duplexsonographie erstellt. Hierüber berichtete sie Dr.med. D. \_\_\_\_\_ am 28. August 2020 (Vi-act. 30). Aktuell fanden sich keine Anzeichen für eine Muskelvenenthrombose oder Verschlüsse im tiefen Venensystem. Die Stammvenen seien - soweit beurteilbar - unauffällig. Für den akuten Unterschenkelschmerz rechtsseitig zeige sich aktuell kein phlebologisches Korrelat. Sie empfehle daher eine weitere Diagnostik zur Suche der Emboliequelle (vgl. Vi-act. 30).

**2.11.2** Am 18. August 2020 hatte Dr.med. K. \_\_\_\_\_ (Oberärztin Radiologie, Horgen) ein CT Thorax mit Kontrastmittel erstellt. Zum Vergleich lag ein CT vom 23. Juni 2016 vor. Ihre Beurteilung lautete wie folgt (Vi-act. 31):

- Akute Lungenembolie auf Segmental- und Subsegmentalebene im rechten Unterlappen ohne Postinfarktpneumonie. Keine zentrale Lungenembolie.
- NB: Steatosis hepatis.

**2.12** Mit Stellungnahme vom 17. März 2021 empfahl der RAD-Arzt Dr.med. L. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Praktischer Arzt, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM) aus psychiatrischer Sicht eine polydisziplinäre Begutachtung inkl. Indikatorenprüfung und AUF [Arbeitsunfähigkeit] Verlauf in den Disziplinen allgemeine Innere Medizin, Neuropsychologie, Psychiatrie und Neurologie (Vi-act. 35).

**2.13** Der Auftrag zum Gutachten wurde von der SuisseMED@P der estimed AG, Zug (ärztliche Leitung Prof. Dr.med. J. \_\_\_\_\_ Facharzt FMH für Neurologie), zugeteilt (vgl. Vi-act. 36-45).

**2.14.1** Am 22. Februar 2022 wurde das MEDAS-Gutachten erstattet, an welchem Dr.med. N.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH/ Teilgutachter Innere Medizin), Dr.med. O.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie/ Teilgutachter Neurologie), MSc M.\_\_\_\_\_ (Fachpsychologin für Neuropsychologie SVNP/FSP / Teilgutachterin Neuropsychologie) und med.prac. T.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/ Teilgutachter Psychiatrie) mitwirkten (vgl. Vi-act. 46).

Mit der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung; Vi-act. 46-7 ff./125 Ziff. 4) wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, hingegen folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (vgl. Vi-act. 46-8/125 [Ziff. 4.2.1 u. 4.2.2]):

- Migräne ohne Aura (ICD-10: G43.0)
- Carpaltunnelsyndrom rechts (ICD10: G56.0)
- Schädelprellung ca. 1977 (ICD10: S00.98)
- Asymptomatische punktförmige Ischämie links temporal (ICD10: 169.8)
- Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10: E11.90)
- unter OAD (Metformin) aktuell im Labor: HbA1c 6,6%
- Arterielle Hypertonie (ICD-10: 110.90)
- St.p. Lungenembolie rechter Unterlappen 08/2020 (ICD-10: I26.9Z)
- Adipositas WHO Grad 1 (ICD-10: E66.90)
- Steatosis hepatis (laut Akte) (ICD-10: K76.0)
- Zykllothymia (ICD-10 F34.0)
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4)
- Sonstige Reaktion auf schwere Belastungen (ICD-10 F43.8)
- Pathologisches Spielen (ICD-10 F63.0)

Des Weiteren machten die Gutachter folgende Angaben:

#### 4.3 Funktionelle Auswirkungen der Befunde/ Diagnosen

Die Explorandin berichtet von einer Beeinträchtigung seitens der Migräne und psychischer Probleme, doch lassen sich diesen subjektiven Beschwerden keine mit einer Arbeitsunfähigkeit einhergehende Diagnosen zuordnen.

#### 4.4 Diskussion eventuell relevanter Persönlichkeitsaspekte

Die Persönlichkeitsaspekte wurden im psychiatrischen Teilgutachten gewürdigt.

#### 4.5 Diskussion von Belastungsfaktoren und Ressourcen

ad Belastungsfaktoren:

Neben den in die obgenannten Diagnosen einflussenden Faktoren finden sich keine weiteren, offensichtlich limitierenden Belastungsfaktoren.

ad Ressourcen:

Bei der explorierten Person finden sich folgende Ressourcen:

- Kommunikationsfähigkeit: Gut.
- Motivation: Durch Beschwerden überlagert.
- Therapieadhärenz: Aus Sicht der Versicherten vorhanden.
- Ausserberufliche Fertigkeiten: Keine speziellen Angaben.

- Soziales Umfeld (Familie, Freunde, Kollegen): Eine Freundin, eine ältere Dame, ein paar weitere Bekannte.
- Geordnete Tagesstruktur: Eingeschränkt vorhanden.

#### 4.6 Konsistenzprüfung

Hinsichtlich Diskrepanzen bzw. Inkonsistenzen bei den durch uns durchgeführten Begutachtungen kann Folgendes festgehalten werden:

Es finden sich dahingehend Diskrepanzen bzw. Inkonsistenzen, als dass (i) der beklagten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden; (ii) den beklagten Beschwerden und der erkennbarer körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchung (wobei hier der Explorandin zugutegehalten werden muss, dass eine Migräne per definitionem nicht einem objektivierbaren somatischen Korrelat zugeordnet werden kann) [Satz unvollständig/unkorrekt].

Es bestehen keine Diskrepanzen zwischen; (iii) den eigenen Angaben und fremdanamnestischen Informationen (inkl. Akten); (iv) der berichteten subjektiven Beeinträchtigung und dem psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung; (v) dem Ausmass der geklagten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe; (vi) dem klinischen Bild und den Ergebnissen in Selbstbeurteilungsskalen und/oder psychometrischen Tests (einschliesslich Beschwerdvalidierungstests); (vii) den zeitnah zur Untersuchung als eingenommen angegebenen Medikamenten und deren Nachweis im Blutserum; und (viii) im intergutachterlichen Vergleich.

##### 4.6.1 Allfällige Hinweise für Aggravation oder Simulation/Dissimulation

Allfällige Hinweise auf Verdeutlichungstendenz, Aggravation, Simulation oder Dissimulation ergaben sich nicht.

#### 4.7 Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit

[jeweils 0% AUF sowohl in der bisherigen Tätigkeit wie in einer Verweistätigkeit gemäss den vier Teilgutachten und entsprechend auch aus interdisziplinärer Sicht]

Eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Arbeitsunfähigkeit ohne die begutachtete Person auch früher selber untersucht zu haben, ist nicht unproblematisch, da wir uns auf von anderen Personen erhobenen Anamnesen, Befunde und daraus abgeleitete Diagnosen verlassen müssen. Retrospektiv ist uns eine abschliessende Überprüfung der echtzeitlich erhobenen Befunde und gestützt darauf vorgenommenen Diagnosen und Arbeitsfähigkeitseinschätzungen nicht möglich. Möglich ist uns hingegen eine Würdigung aus heutiger Sicht.

Auf Grundlage der von uns im heutigen Zeitpunkt erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen erscheinen uns die echtzeitlich vorgenommenen, von uns als wesentlich erachteten Beurteilungen als nachvollziehbar, da die Explorandin nach dem Überfall mit Geiselnahme sicherlich voll arbeitsunfähig war.

Wenngleich es sich nicht eindeutig, auch über den langen Zeitraum, retrospektive explorieren liess, mag 1993, wie angegeben und wie dem Dossier auch zu entnehmen ist, eine gewisse Zeit eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden haben.

Auch während der wohl ausgeprägteren depressiven Phasen (2005) mit, wie von der Versicherten angegeben Suizidhandlungen, vor Aufnahme der ambulanten psychiatrischen Behandlung (2018), mag vorübergehend eine (Teil-)Arbeitsunfähigkeit bestanden haben.

Wie angeführt mag eine ausgeprägtere depressive Symptomatik, die heute nicht mehr festzustellen war, die sich wohl auch wegen der durchgeführten ambulanten

Behandlung bis zum heutigen Tage aufgelöst hatte, dazu geführt haben, dass die Versicherte diese ambulante Behandlung aufnahm. Auch in dieser Zeit, Ende 2018, hier der Belastungsfaktor des Konkurses des eigenen Geschäftes, mag wegen ausgeprägter depressiver Symptome vorübergehend eine (Teil-)Arbeitsunfähigkeit bestanden haben.

**2.14.2** Die im psychiatrischen Teilgutachten erhobenen Befunde zeigten keine besonderen Auffälligkeiten (Vi-act. 26-112 ff./125, Ziff. 4.3.1). Zu keinem Zeitpunkt während der 1.50 Stunden dauernden Exploration (15.12.2021, 09.00 Uhr bis 10.50 Uhr [Vi-act. 46-97/125]) liess sich eine depressive Herabgestimmtheit beobachten oder explorieren. Unter anderem fiel keine wesentliche Persönlichkeitsakzentuierung oder gar eine Persönlichkeitsstörung auf. Zwänge und Phobien von Alltagsrelevanz bestanden nicht. Die Willensbildung zeigte keine Beeinträchtigung; der Antrieb war nicht reduziert. Die Motivation der Beschwerdeführerin war vorhanden (Neugier, Spontaneität, Interesse an den unmittelbaren Gegebenheiten der Umwelt); ebenso schien die Motivation in Bezug auf eine berufliche Tätigkeit gegeben. Allerdings: "Die Motivation einer Arbeitstätigkeit nachzugehen, eine aufzunehmen, musste als erloschen bezeichnet werden").

Da keine psychopharmakotherapeutische Medikation erfolgte und die angegebene analgetische Medikation nicht regelmässig eingenommen wurde, wurde psychiatrischerseits auf die Durchführung einer Laboruntersuchung verzichtet (Ziff. 4.3.2.2). Bei der testpsychiatrischen Untersuchung mit der Hamilton Depressions-Skala (HAMD17) ergab sich ein Punktwert von 8, der gegen das Bestehen einer depressiven Störung sprach; sollte eine solche vorbestanden haben, dürfe sie als remittiert bezeichnet werden. Im Bereich Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, Gruppenfähigkeit, Fähigkeit zu engdyadischen Beziehungen, Mobilität und Verkehrsfähigkeit möchten leicht ausgeprägte Beeinträchtigungen bestanden haben (Ziff. 4.3.2.3).

Unter "Herleitung der für die Beurteilung wesentlichen Diagnosen" (Zyklothymia; rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert; sonstige Reaktion auf schwere Belastungen und Pathologisches Spielen) werden unter anderem folgende Ausführungen gemacht (Vi-act. 46-115 ff./125 Ziff. 6.3):

(...). Einzig wirkt die Fröhlichkeit der Versicherten teilweise etwas Fassadär, aufgesetzt, «parathym». Sie selbst schilderte sich auch so, dass sie ihr inneres Leid hinter eine Fassade verberge und häufig «einen Witz» mache. Auch wenn die Versicherte geringfügig hyperthym wirkte, ein hohes Mitteilungsbedürfnis hatte, sich detailreich ausdrückte, einen hohen Redefluss hatte, konnte keine Antriebsstörung, -steigerung *Sensu stricto* festgestellt werden.

Auch konnte keine floride depressive Symptomatik festgestellt werden. Insbesondere keine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige

Episode, wie sie im Bericht prac. med. C.\_\_\_\_\_, Oberarzt ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Lachen vom 20.12.2018, 16.07.2019 und 02.09.2020 angeführt wird. Auch testpsychiatrisch (HAMD17) fand sich hierauf kein Hinweis.

Es wäre auch etwas verwunderlich, wenn eine mittelgradige depressive Episode so lange andauern würde und es würde sich die Frage stellen warum hier keine Intervention, etwa eine Hospitalisation oder eine Psychopharmakomedikation über die Gabe eines Phytotherapeutikums (Johanniskraut, Yersin), wie sich dem Dossier entnehmen lässt, durchgeführt wurde.

(...).

Eine, über eine mögliche dysthyme Grundstrukturierung hinausgehende Befindlichkeitsstörung, konnte heute nicht festgestellt werden.

Es wurde heute, bedingt durch das Ausdrucksverhalten, deutlich warum in den bezeichnenden Berichten differenzialdiagnostisch die Frage nach einer bipolaren Störung aufgeworfen wird.

Wobei sich heute vorbestehend keine manischen Phasen, auch keine Hypomanie explorieren liess. Es wäre anzunehmen, dass [sich] bei der Versicherten, vor dem Hintergrund der psychosozialen Aufwuchsbedingungen, eine anhaltende affektive Störung ausgebildet hatte. Dass die Dysthymie im Leben der Versicherten (Suizidversuch, beschriebene Einbrüche, Krisen) von ausgeprägteren depressiven Symptomen, Episoden überlagert wurde, sodass vorbestehend wohl ausgeprägtere depressive Störungen bestanden, die zum heutigen Tage so jedoch nicht mehr feststellbar waren, sodass die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert, gewählt werden konnte. Von ihr geht kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus.

Die Gesamtgegebenheiten, auch das Ausdrucksverhalten der Versicherten, soll dann, bei angenommener anhaltender affektiver Störung bei der Versicherten, mit der Diagnose der Zylothymie gefasst werden. Diese mag zum Teil bei der Versicherten auch zu subjektiv ausgeprägtem Leid führen, ist jedoch nicht so ausgeprägt, dass gegenwärtig eine depressive Episode diagnostiziert werden konnte. Von der Zylothymie geht ebenfalls kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus.

Weiter berichtet die Versicherte, nachdem sie 1993 Opfer eines Überfalls mit Geiselnahme geworden sei, von gewissen traumaassoziierter Symptomatik. Das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung wurde nicht erfüllt. Auch wenn in dem psychiatrischen Bericht ab dem 28.08.2020 nicht mehr vom Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung ausgegangen wird, sondern diese als solche diagnostiziert wird, konnte heute kein Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung festgestellt werden, die Diagnose nicht gestellt werden.

Die restliche, traumaassozierte Symptomatik soll mit der Diagnose «sonstige Reaktion auf schwere Belastung» beschrieben werden. Auch hier bleibt anzumerken, dass auch diese Störung nicht wirklich einer entsprechenden Therapie zugeführt wurde. Hier wäre doch eine Traumatherapie (eventuell EMDR) und auch hier eine Psychopharmakomedikation zu erwägen und prinzipiell sollte sich eine Besserung erzielen lassen.

(...).

Alles in allem sei daran erinnert, dass die Versicherte auch nach dem sie Opfer des Überfalles war, nach dem traumatischen Erlebnis, arbeitstätig war und eben

auch selbständig erwerbend mit einem eigenen Bijouteriegeschäft und dass dies von ihr nicht wegen einer depressiven Störung oder einer Traumafolgestörung im eigentlichen engeren Sinne, sondern wegen der Überschuldung aufgegeben werden musste.

Abschliessend darf noch differenzialdiagnostisch angedacht werden, dass im Längsschnitt auch an das Bestehen einer Persönlichkeitsstörung gedacht werden könnte und vorgehend, dass sich hieraus, sollte es in Zukunft eine solche Diagnose ergeben, die heute nicht gestellt werden konnte, nicht zwangsläufig ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausgehen müsste. Es sei auf die obigen Ausführungen verwiesen.

In der in Rahmen dieses MEDAS Gutachten durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung ergaben sich keine Störungen der Kognition, keine Diagnosen auf neuropsychologischem Fachgebiet, sodass hier keine weiterführende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden konnte.

Unter Berücksichtigung der sogenannten «Standardindikatoren» konnte in der Kategorie «funktioneller Schweregrad» die Ausprägung der auf psychiatrischem Fachgebiet gestellten Diagnosen als leichtgradig, die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussend, festgestellt werden.

Die Behandlungsaktivität war derzeit niedrig und würde Möglichkeiten zur allfälligen Intensivierung, sofern benötigt, beinhalten (Psychopharmamedikation, Traumatherapie, Hospitalisation).

Eine versicherungspsychiatrisch relevante Komorbidität, etwa im Bereich der Kognition, konnte auch in der neuropsychologischen Untersuchung nicht festgestellt werden.

Bezüglich der Persönlichkeitsdiagnostik bestanden keine Hinweise für eine versicherungs-psychiatrisch relevante Störung. (...).

Zusammenfassend konnte, auch unter Berücksichtigung der auf neuropsychologischem Fachgebiet erhobenen Befunde, keine gleichmässige Einschränkung in allen vergleichbaren Bereichen festgestellt werden.

**2.15.1** Am 29. März 2022 beurteilte die RAD-Ärztin U. \_\_\_\_\_ (Fachärztin Allgemeine Innere Medizin FMH) die Teilgutachten Innere Medizin und Neurologie als umfassend; die Schlussfolgerungen seien differenziert begründet und nachvollziehbar. Eine genauere Eingrenzung der Arbeitsfähigkeit als im Gutachten erfolgt könne aus somatischer Sicht nicht erfolgen (vgl. Vi-act. 48).

**2.15.2** Der RAD-Arzt Dr.med. L. \_\_\_\_\_ äusserte sich am 14. April 2022 zum neuropsychologischen und psychiatrischen Teilgutachten. Die Frage der Vorinstanz, ob von nicht länger als drei bzw. zwölf Monaten andauernden Teil- resp. Arbeitsunfähigkeiten ausgegangen werden könne (Vi-act. 47-6/6), lasse sich aufgrund des Gutachtens nicht eindeutig beantworten. Er empfehle eine Nachfrage bei der Gutachterstelle (Vi-act. 49).

**2.15.3** Mit Schreiben vom 16. Juli 2022 beantwortete Prof. Dr.med. J. \_\_\_\_\_ (Ärztlicher Leiter estimed AG) die Nachfrage "nach Rücksprache und im Konsens mit den involvierten Gutachtern wie folgt (vgl. Vi-act. 57):

Bei nicht vorhandenen neuropsychologischen Vorbefunden ist eine valide Einschätzung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit schwierig und es ist möglich / wahrscheinlich, dass im Juli 2019 leicht kognitive Defizite (Antrieb, Konzentration, Multitasking) vorhanden gewesen sind, welche eine Teilarbeitsunfähigkeit begründeten. Aufgrund des in der neuropsychologischen Untersuchung insgesamt gut dargestellten kognitiven Leistungsprofil ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass die Versicherte sich kognitiv aber innert 12 Monaten gut erholt hat und die im neuropsychologischen Teilgutachten ausgewiesene AF/AUF mit hoher Wahrscheinlichkeit seit Juli 2020 gilt Grundsätzlich wäre anzunehmen, soweit dies retrospektiv möglich ist zu beurteilen, dass wohl immer eine (Teil-)AUF unter 12 Monaten bestanden haben dürfte.

**2.15.4** Mit Stellungnahme vom 2. September 2022 bejahte RAD-Arzt Dr.med. L. \_\_\_\_\_ die Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit des neuropsychologischen und psychiatrischen Teilgutachtens sowie insbesondere auch die Antwort von Prof. Dr.med. J. \_\_\_\_\_ vom 16. Juli 2022 (Vi-act. 59).

**3.1** Mit dem von der Beschwerdeführerin eingereichten (an sie adressierten) Arztbericht vom 18. November 2022 bestätigt Pract.med. C. \_\_\_\_\_ im Nachgang zum Vorbescheid vom 6. September 2022 seine bisher gestellten Diagnosen (vgl. vorstehend E. 2.3 und E. 2.5). Er führt Folgendes aus:

Aus Sicht des ambulanten psychiatrischen Behandlers zeigt o.g. Patientin bei z.N. Raubüberfall mit Geiselnahme im Jahr 1993 trotz Therapie ausgeprägte, anhaltende, im Längsschnitt in der Intensität fluktuierende depressive und ängstliche Symptome sowie Zeichen einer posttraumatischen Belastung. Im Verlauf konnte die Patientin ab 1999 bis zum Konkurs 2018 nur in einer selbständigen Berufstätigkeit (eigene Bijuteria) mit vielen Fehlzeiten und spontanen Ladenschliessungen aufgrund ihrer psychischen Einschränkungen berufstätig sein. Sie wäre bereits früher schon in einem Angestelltenverhältnis wohl hochprozentig arbeitsunfähig gewesen und geblieben. Mehrere Versuche einer beruflichen Reintegration im Reinigungsbereich schlugen im Verlauf aufgrund von rascher Überlastung der Patientin fehl. Der IV-Entscheid gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten vom 10.05.2022 (...) ist für den langjährigen Behandler somit nicht nachvollziehbar. Die Fassadäre und parathyme Freundlichkeit und Fröhlichkeit, die die Patientin im sozialen Kontakt meist pflegt und im Gutachten auch explizit beschrieben wurde, scheint bei den Gutachtern jedoch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu einem "falsch positiven" Ergebnis geführt zu haben.

Daher bitten wir die Einsprache der Patientin anzuerkennen und entsprechende allfällige Revisions- und Überprüfungsmaßnahmen in diesem Fall in die Wege zu leiten.

**3.2** Die Beschwerdeführerin teilte der Vorinstanz mit ihrem Schreiben vom 11. Januar 2023 (vgl. vorstehend Ingress lit. D) mit, ihr Psychiater (d.h. Pract. med. C. \_\_\_\_\_) habe ihr bestätigt, dass er der Vorinstanz sein Schreiben am 18. November 2022 habe zukommen lassen.

Diese Angabe der Beschwerdeführerin lässt sich anhand der Akten jedoch nicht bestätigen. Mit ihrem Einwand vom 6. Oktober 2022 (Eingang bei der Vorinstanz; vgl. vorstehend Ingress lit. C) kündigte die Beschwerdeführerin einen Brief von Pract.med. C. \_\_\_\_\_ an. Auf die Aufforderung der Vorinstanz vom 3. November 2022, ihren Einwand nachzubessern und weitere medizinische Unterlagen (bis spätestens 20.11.2022) einzureichen (Vi-act. 64), reagierte die Beschwerdeführerin weder innert noch nach der Frist. Insbesondere reichte sie auch das ausschliesslich an sie adressierte Schreiben von Pract.med. C. \_\_\_\_\_ nicht ein. Dafür, dass er eine Kopie des Schreibens auch der Vorinstanz zukommen liess, bestehen in den Akten keine Hinweise. Mangels Kenntnis dieses Schreibens konnte die Vorinstanz es entsprechend weder ins (letzte) Feststellungsblatt vom 5. Dezember 2022 vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom gleichen Tag noch in diese einfließen lassen (vgl. Vi-act. 65 f.). Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt nicht vor, sofern die Beschwerdeführerin mit ihrem Schreiben vom 11. Januar 2023 allenfalls eine solche geltend machen wollte.

**4.1** Es ist unbestritten und bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass eine somatisch begründete (teilweise) Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin vorliegt. Mit dem MEDAS-Gutachten wurde insofern die konstante Angabe von Dr.med. D. \_\_\_\_\_, der Hausärztin der Beschwerdeführerin, bestätigt (vorstehend E. 2.3 und E. 2.8). Auch den Arztberichten von Pract.med. C. \_\_\_\_\_, dem die Funktion eines psychiatrischen Hausarztes der Beschwerdeführerin zugeschrieben werden kann, lassen sich keine gegenteiligen Hinweise entnehmen.

**4.2** Zu prüfen (und insofern strittig) ist die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht.

**4.2.1** Das Medas-Gutachten gibt (auch) bezüglich der psychiatrischen Beurteilung, d.h. hinsichtlich des psychiatrischen Teilgutachtens, zu keinen Beanstandungen Anlass. Es erfüllt die rechtlichen Anforderungen, damit ihm voller Beweiswert zugesprochen werden kann (vgl. vorstehend E. 1.5.3). In formeller Hinsicht ist es umfassend, in Kenntnis der Vorakten sowie gestützt auf eine fast zweistündige Exploration der Beschwerdeführerin erstellt worden. Sein Aufbau entspricht den Vorgaben der IV an Aufbau, Gliederung und Inhalt (vgl. Vi-act. 36). Es überzeugt jedoch auch in seinen Schlussfolgerungen.

**4.2.2** Die Festsetzung der (psychisch bedingten) Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin erfolgt nach dem von der Rechtsprechung vorgegebenen Raster (vgl. vorstehend E. 1.6.1). Bei den Untersuchungsbefunden des psychiatrischen Teilgutachtens wurden diverse Persönlichkeitsmerkmale je beschrieben und analysiert. Die testpsychiatrische Untersuchung konnte keine psychiatrische Diagnose (mit Krankheitswert) bestätigen; der Testwert von acht Punkten lag noch unter der Schwelle zur leichten Depression von neun Punkten (vgl. vorstehend E. 2.14.2).

Die einzelnen psychiatrischen Diagnosen (Zyklothymia; rezidivierende depressive Störung; sonstige Reaktion auf schwere Belastungen; pathologisches Spielen) werden ausführlich und überzeugend hergeleitet, bewertet sowie insbesondere auf ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin geprüft und beurteilt. Dabei schliesst das psychiatrische Teilgutachten - trotz des Fehlens älterer echtzeitlicher Arztdokumente - ausgeprägtere depressive Störungen in der Vergangenheit (Suizidversuch [2005 und 2018 mittels Schlaftablettenintoxikation, vgl. Vi-act. 46-106/125]; Überfall; Krisen [z.B. 2001 bis 2005: Tod eines Partners; Beziehung zu einem drogenabhängigen Mann; Abort [vgl. Vi-act. 46-109/125]; Spielsucht [Vi-act. 46-106/125, 46-79/125]) nicht aus, weshalb die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert, gewählt werden konnte.

Gefolgt werden kann dem Gesamtgutachten, wenn es keine (funktionellen) Auswirkungen der von der Beschwerdeführerin (hauptsächlich) geklagten Beeinträchtigungen (Migräne [seit dem 16./17. Lebensjahr, vgl. Vi-act. 46-105/125], psychische Probleme) einer Diagnose zuordnen konnte, welche mit einer Arbeitsunfähigkeit einhergehen (können). Im Gesamtgutachten werden insbesondere auch die Belastungsfaktoren und die Ressourcen dargestellt. Bei der Konsistenzprüfung wurden keine Diskrepanzen von Gewicht festgestellt bzw. Diskrepanzen grossmehrheitlich verneint.

**4.2.3** Die Gutachter schlossen frühere (volle) Arbeitsunfähigkeiten über gewisse Zeiträume nicht aus, so beispielsweise für die Zeit nach dem Überfall im Jahr 1993 oder für die wohl ausgeprägteren depressiven Phasen 2005 und wiederum 2018.

Klärend - mit dem RAD-Arzt Dr.med. L. \_\_\_\_\_ als schlüssig und nachvollziehbar zu erachten - führte die Medas am 16. Juli 2022 aus, dass eine (Teil-)Arbeitsunfähigkeit "wohl immer" unter zwölf Monaten bestanden hat. Mit anderen Worten spricht der massgebende Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gegen eine in der Vergangenheit bestandene (Teil-)Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von mehr als zwölf Monaten.

**4.3** An der Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens und dessen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kann der Arztbericht von Pract.med. C. \_\_\_\_\_ vom 18. November 2022 nichts ändern.

Die vorbestehenden Berichte von Pract.med. C. \_\_\_\_\_ lagen den Medas-Gutachtern vor und wurden in der fächerübergreifenden Aktenzusammenfassung (Vi-act. 46-27/125, 46-30 f./125) erfasst und ebenso im Aktenauszug beim neuropsychologischen sowie insbesondere psychiatrischem Teilgutachten (Vi-act. 46-78/125, 46-101 f./125). Im psychiatrischen Teilgutachten wird des Weiteren explizit auf die Arztberichte von Pract.med. C. \_\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2018, 16. Juli 2019 und 2. September 2020 Bezug genommen und in impliziter Würdigung derselben festgehalten, dass "keine floride depressive Symptomatik" habe festgestellt werden können und "insbesondere keine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode". Hierfür konnten auch testpsychiatrisch keine Hinweise gefunden werden (vgl. vorstehend E. 2.15.2, E. 4.2.2). Mit dem psychiatrischen Teilgutachten stellte sich zudem die Frage, weshalb angesichts einer so lange andauernden mittelgradigen Episode keine Intervention (Hospitalisation, Psychopharmakomedikation) durchgeführt bzw. die Behandlungsaktivität niedrig gehalten wurde (vgl. Vi-act. 46-118/125).

Der von der Beschwerdeführerin eingereichte Arztbericht von Pract.med. C. \_\_\_\_\_ wiederholt bloss die früheren Angaben. Mit dem Bericht wird in wenig differenzierter Weise und insbesondere - bis auf die Nennung der "fassadären und parathymen Freundlichkeit und Fröhlichkeit" der Beschwerdeführerin (vgl. vorstehend E. 2.15.2) - keinerlei Bezug weder auf das umfassende psychiatrische Teilgutachten noch das Gesamtgutachten genommen. Eine Differenzierung der einzelnen Diagnosen mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit fehlt gänzlich - dies im Unterschiedlich zu den diesbezüglich einlässlichen und überzeugenden Abwägungen im psychiatrischen Teilgutachten. Wie die Vorinstanz vernehmlassend bemerkt (S. 3 Ziff. 3), gibt der Bericht nicht einmal Auskunft über die Höhe einer möglichen Arbeits(un)fähigkeit. Dabei bleibt betreffend die attestierte Arbeitsunfähigkeit selbst unklar, ob sie bloss auf Angaben der Beschwerdeführerin oder der ärztlichen Befunderhebung beruht. Testpsychiatrische Untersuchungen liegen, soweit ersichtlich, weder (unmittelbar) den gestellten Diagnosen noch (mittelbar) deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zugrunde. Vergleichbares gilt für die Herleitung der Diagnosen. Auch fehlen konkrete Angaben zu den Behandlungsaktivitäten (Art, Inhalt, Frequenz etc.) und deren allfälligen Erfolgen. Die diesbezüglichen Angaben blieben bereits in den früheren Berichten im Allgemeinen und wenig konkretisiert (vgl. vorstehend E. 2.5).

Der Arztbericht von Pract. med. C. \_\_\_\_\_ vom 18. November 2022 beschränkt sich so im Wesentlichen auf eine knappe und wenig substantiierte Darstellung der eigenen Einschätzung und das pauschale Bestreiten des Ergebnisses des Medas-Gutachtens. Einleitend wird mit dem Arztbericht immerhin transparent gemacht, dass die "Sicht des ambulanten psychiatrischen Behandlers" gezeigt werden soll. Es bestätigt sich dabei der Grundsatz, dass die Einschätzung der behandelnden Ärzte wegen deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten nach höchstrichterlicher Rechtsprechung mit Vorbehalt zu würdigen sind, worauf die Vorinstanz vernehmlassend zu Recht hinweist (Vernehmlassung S. 2 Ziff. 2; vgl. Urteil BGer 9C\_138/2021 vom 12.4.2021 [i.Sa. A. vs. IV-Stelle Schwyz] E. 3.2.1).

**4.4** Die Vorinstanz durfte folglich mit Recht auf das Medas-Gutachten vom 22. Februar 2022 abstellen und gestützt auf dieses Gutachten mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer fehlenden, hinreichend dauerhaften arbeitsfähigkeitsrelevanten gesundheitlichen Einschränkung der Beschwerdeführerin bzw. einer fehlenden, längere Zeit anhaltenden (Teil-)Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten wie in einer Verweisungstätigkeit ausgehen. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

**5.1** Dem Verfahrensausgang entsprechend gehen die Verfahrenskosten (vgl. Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG) grundsätzlich zu Lasten der Beschwerdeführerin. Indessen beantragt sie die unentgeltliche Rechtspflege (URP).

**5.2.1** Gemäss § 75 Abs. 1 Verwaltungsrechtspflegegesetz (VRP; SRSZ 234.110) vom 6. Juni 1974 (und Art. 29 Abs. 3 BV) beschränkt sich der Anspruch auf Befreiung von der Kostentragung und somit auf unentgeltliche Prozessführung auf die Voraussetzungen der Nichtaussichtslosigkeit und Bedürftigkeit.

**5.2.2** Vorliegend sind die Voraussetzungen für die Gewährung der URP erfüllt. Die Bedürftigkeit ist infolge der Sozialhilfeabhängigkeit der Beschwerdeführerin erstellt, und das Erfordernis der fehlenden Aussichtslosigkeit kann noch knapp bejaht werden.

Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- sind entsprechend auf die Gerichtskasse zu nehmen. Sie unterliegen der Rückerstattungspflicht (§ 75 Abs. 3 VRP).

## **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

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

Schwyz, 22. August 2024

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Präsident:

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: 18. September 2024