

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2017 108

Entscheid vom 14. März 2018

Besetzung

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

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. Thomas Locher,
Blegistrasse 9, 6340 Baar,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ (geboren _____1964) hat von 1981 bis 1984 eine kaufmännische Berufsausbildung absolviert (eidg. dipl. Kauffrau). Es folgten verschiedene Erwerbstätigkeiten und Auslandsaufenthalte sowie eine Ausbildung zur Marketing-Planerin (IV-act. 4). Ab 1. Mai 2007 arbeitete sie für die Firma B._____ (als Export Koordinatorin bzw. ab 2010 als Area Sales Manager _____). Seit dem 27. September 2012 war sie krankheitshalber nicht mehr zur Arbeit erschienen. Am 26. März 2013 kündigte die Firma B._____ das Arbeitsverhältnis per 30. Juni 2013 (vgl. IV-act. 8).

B. Am 17. Mai 2013 unterzeichnete A._____ eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen umschrieb sie mit "Begann mit Schulterentzündung (links, siehe Arztzeugnisse) Burnout/ Depression" (vgl. IV-act. 1-5/6, Ziff. 6.2).

C. Nach einem Abklärungsgespräch vom 25. Juli 2013 (IV-act. 12) unterzeichnete A._____ am 9. Oktober 2013 eine Eingliederungsvereinbarung für eine IV-Integrationsmassnahme im Einsatzbetrieb der M._____ AG in N._____ (IV-act. 16). Die IV übernahm die Kosten für diese Eingliederungsmassnahme und gewährte ein IV-Taggeld (IV-act. 20 bis 24).

D. Am 10. Februar 2015 teilte die IV-Stelle A._____ mit, dass die Integrationsmassnahmen im Dezember 2014 abgeschlossen worden seien, zudem aktuell keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werde und zwischenzeitlich eine Anmeldung für die Stellensuche beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum RAV erfolgt sei (IV-act. 31).

E. Am 1. Juli 2015 nahm A._____ eine Vollzeitstelle bei der Firma O._____ AG in N._____ (als Leiterin Administration/ Assistentin CEO) auf. Diese Anstellung wurde am 21. Oktober 2015 vom Arbeitgeber per Ende November 2015 gekündigt (IV-act. 34; das Arbeitsverhältnis endete am 31.12.2015).

F. Nach einer Prüfung des IV-Aktendossiers empfahl der RAD-Arzt Dr.med. C._____ (FA Innere Medizin D/ FA Arbeitsmedizin D/ psychosomatische Grundversorgung) am 17. Mai 2016 eine interdisziplinäre Begutachtung der Versicherten (IV-act. 38). Mit Schreiben vom 23. Mai 2016 informierte die IV-Stelle A._____ hinsichtlich der geplanten Begutachtung (inkl. über den vorgesehenen Fragenkatalog, vgl. IV-act. 39, 40). Der Begutachtungsauftrag wurde der MEDAS P._____ zugestellt (vgl. IV-act. 41). Mit Schreiben vom 19. September

2016 erläuterte die IV-Stelle, dass die Gutachterstelle zusätzlich noch ein neurologisches Teilgutachten als indiziert erachte, welches von Dr.med. D._____ durchgeführt werde (IV-act. 47). Das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten wurde am 24. November 2016 erstattet und ging am 25. November 2016 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 48).

G. Der RAD-Arzt Q._____ (Facharzt Allgemeine Innere Medizin) beurteilte am 5. Januar 2017 das MEDAS-Gutachten als nachvollziehbar und schlüssig (IV-act. 51-5/5). Daraufhin teilte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 19. Januar 2017 mit, es sei vorgesehen, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 52). Dagegen liess A._____ am 28. Februar 2017 Einwände vorbringen (IV-act. 54). Mit Eingabe vom 31. März 2017 folgten noch Stellungnahmen der behandelnden Psychiaterin (Dr.med. E._____) und der Hausärztin (med.pract. F._____, vgl. IV-act. 58). Diese neuen Unterlagen unterbreitete die IV-Stelle den MEDAS-Gutachtern, welche sich in einer Stellungnahme vom 17. August 2017 äusserten (IV-act. 62). Diese Ergänzung des MEDAS-Gutachtens wurde dem Rechtsvertreter der Versicherten offenbar nach dem 12. September 2017 zugestellt (vgl. IV-act. 64 oben).

Mit Verfügung vom 26. Oktober 2017 hat die IV-Stelle im Dispositiv festgehalten, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 65).

H. Gegen diese am 27. Oktober 2017 eingegangene Verfügung liess A._____ fristgerecht am 27. November 2017 beim Verwaltungsgericht Beschwerde einreichen mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 26. Oktober 2017 sei aufzuheben.
2. Die Angelegenheit sei an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie ein Obergutachten inkl. EFL veranlasse und hiernach erneut über den Leistungsanspruch entscheide.
3. Eventualiter sei ein gerichtliches Obergutachten inkl. EFL zu veranlassen und danach über den Leistungsanspruch zu entscheiden.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

I. Mit Vernehmlassung vom 8. Januar 2018 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Invalidität setzt eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraus (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG, sowie Art. 3 und 6ff. Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, i.V.m. Art. 1 Abs. 1 IVG). Invalidität ist die

voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

Die versicherte Person hat nach Art. 28 Abs. 2 IVG

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

1.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG massgebend (Art. 28a Abs. 1 Satz 1 IVG). Zur Ermittlung des Invaliditätsgrades wird 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, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Die Invalidität ist auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte. Nicht entscheidend ist für die Invaliditätsbemessung, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der ihr 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 (vgl. Ulrich Meyer/ Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, N 27 zu Art. 28a IVG).

1.3 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe dieser Fachleute ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 Erw. 4). Diese ärztlichen Angaben dienen als wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 141 V 281 Erw. 5.2.1; 140 V 193 Erw. 3.2; 132 V 93 Erw. 4, je mit weiteren Hinweisen).

1.4 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (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. Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten 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 somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 Erw. 5.1).

In Bezug auf Berichte behandelnder Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass allgemein praktizierende Hausärzte wie behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten grundsätzlich mehr Gewicht zukommt (vgl. BGE 125 V 351 Erw. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 9C_794/2012 vom 4.3.2013 Erw. 2.1 mit Hinweisen). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_419/2008 vom 12.3.2008 Erw. 3.3; I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

1.5 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, Rz. 450; BGE 122 II 469 Erw. 4a, Urteil des Bundesgerichts 8C_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 148 Erw. 5.3).

2. Zur gesundheitlichen Situation und zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten sind den vorliegenden Akten u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben zu entnehmen.

2.1 Die Hausärztin pract.med. F. _____, welche die Versicherte seit dem 19. Dezember 2011 behandelt, listete in ihrem bei der IV-Stelle am 12. Juni 2013 eingegangenen Bericht folgende Diagnosen auf (IV-act. 7):

1. Rezidivierende depressive Störung z.Zt. mittelgradige Episode
2. Rotatorenmanschetten Syndrom links
3. AC-Gelenkarthrose links
4. Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom leichten Grades
5. Infektanfälligkeit
6. Z.n. Hörsturz rechts
7. Arterielle Hypertonie

Die Arbeitsunfähigkeit veranschlagte die Hausärztin auf 100% seit dem 27. September 2013 (recte wohl: 2012, siehe IV-act. 8-2/16, Ziff. 2.2 und nachfolgend) bis auf weiteres (IV-act. 7).

2.2 Dr.med. E. _____ (_____ des Sozialpsychiatrischen Dienstes SPD _____) bescheinigte in ihrem Bericht vom 19. Juni 2013 an die IV-Stelle, dass die Versicherte zunächst vom 20. Oktober 2005 bis April 2007 sowie ab Oktober 2012 sich vom SPD ambulant behandeln liess. Diese Psychiaterin stellte folgende Diagnosen (IV-act. 9-2/5 Ziff. 1.1):

- Rezidivierende depressive Entwicklung, gegenwärtig leicht bis mittelgradig (ICD 10 F33.10) bei kombinierter Persönlichkeitsstörung (anankastisch/ selbstunsicher) (ICD 10 F61.0)
- St.n. Hörsturz
- St.n. Operation Knie links nach Verletzung 2011 und Fraktur 2012

Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich die behandelnde Psychiaterin dahingehend, dass die Versicherte als Verkaufsleiterin seit Oktober 2012 bis zum Ende des Arbeitsverhältnisses per 30. Juni 2013 vollständig arbeitsunfähig sei. Anschliessend empfahl sie eine Teilzeittätigkeit mit ca. vier Stunden pro Tag bzw. 50% zum Aufbau und zur Stabilisierung des psychischen Befindens, wobei eine Unterstützung und Begleitung seitens der IV nötig sei (IV-act. 9-4/5).

2.3 Im Rahmen der Evaluierung einer IV-Integrationsmassnahme äusserte sich Dr.med. G. _____ am 12. August 2013 dahingehend, dass zunächst mit einer Präsenzzeit von 50% begonnen werden könne und nach etwa 2 Monaten allenfalls eine Steigerung um 10% pro Monat als Versuch machbar sei; entscheidender als der Arbeitsort sei ein wohlwollender Rahmen (IV-act. 17-5/11 unten).

2.4 Nach der Unterzeichnung einer Eingliederungsvereinbarung vom 9. Oktober 2013 (IV-act. 16) hielt der Einsatzbetrieb (M. _____ AG, N. _____) in einem Assessmentbericht vom 7. Januar 2014 u.a. fest, dass die Versicherte als Berufsziel "Direktions-Assistentin" in einem Pensum von 70 bis 100% anstrebe; dabei könne sie ihre vielfältige Berufserfahrung, ihre Sprachkenntnisse (Deutsch,

Englisch, Französisch, Italienisch, Spanisch) und ihr Organisationstalent gut einsetzen. Was den Einstieg erschwere sei ihre letzte Funktion als Area Sales Manager, da viele Arbeitgeber sich fragen würden, weshalb sie wieder eine Assistenzrolle anstrebe (IV-act. 25).

Im Schlussbericht der M. _____ AG vom 28. November 2014 wurde u.a. ausgeführt, dass sich die Versicherte während des gesamten Programm-Verlaufes sehr für eine neue Stelle engagiert habe. Wegen der vielen Absagen sei sie immer wieder in ein Motivationstief geraten. Zudem mache ihr auch das Alter und Existenzsorgen zu schaffen. Neben der Stellensuche kümmere sich die Versicherte sehr um ihre betagte Mutter. Ausgleich finde sie in ihrem Hobby (alternative Heilmethoden, wofür sie auch Ausbildungen absolviert habe, u.a. Reiki). Nach aussen wirke die Versicherte sehr aufgestellt, dynamisch und selbstsicher (auf manche Menschen mache sie auch einen dominanten Eindruck). Indessen sei immer wieder ihre Vulnerabilität und eine Selbstwertthematik zu spüren. Die Versicherte habe Schwierigkeiten im Umgang mit Kritik. Insgesamt habe die Versicherte mehr als ein Dutzend Vorstellungsgespräche gehabt. Gründe für die Absagen würden zum einen in der fehlenden formalen Qualifikation als Direktionsassistentin liegen. Weitere Gründe seien darin zu erblicken, dass die Versicherte neue Arbeitgeber nicht ausreichend hinsichtlich ihres Wegganges von der Firma B. _____ überzeugen konnte. In einem Fall habe die Versicherte die Stelle als Relocation Koordinatorin wegen des zu niedrigen Gehalts abgelehnt (IV-act. 27).

2.5 Im Verlaufsbericht vom 22. Januar 2015 bestätigte Dr.med. G. _____ die bisherigen Diagnosen (keine Veränderung). Hinsichtlich der Frage der Arbeitsfähigkeit führte sie u.a. aus, aktuell werde im Rahmen des noch immer anhaltenden Bewerbungsprozesses (Arbeitsversuch/ Arbeitsbeginn im 1. Arbeitsmarkt) keine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt (IV-act. 29).

2.6 Am 20. Januar 2016 teilte die Versicherte der IV-Stelle telefonisch mit, dass sie wieder beim SPD in Behandlung sei und nun einen Bandscheibenvorfall aufweise. Sie habe eine Arbeitsstelle verloren, weil sie einer Person nicht gekündigt habe, was ihr Chef von ihr verlangt habe (IV-act. 32).

In einem am 3. Februar 2016 eingegangenen Bericht bescheinigte die Hausärztin der IV-Stelle einen verschlechterten Gesundheitszustand (chronisches LWS-Syndrom; seit Herbst 2015 Zunahme der LWS-Schmerzen mit Ausstrahlung in die Beine, danach eine psychische Verschlechterung mit depressiven Gedanken, Stimmungslabilität, Kraftverlust; seit 3.11.2015 liege eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor; IV-act. 33; siehe auch den Bericht des Spitals R. _____ vom 21.12.2015 = IV-act. 33-2/2).

2.7 Am 3. März 2016 erhielt die IV-Stelle einen ausgefüllten Fragebogen für Arbeitgebende. Darnach hatte die Versicherte seit dem 1. Juli 2015 als Leiterin der Administration/ Assistentin CEO für die Firma O._____ AG in N._____ gearbeitet. Der letzte Arbeitstag erfolgte am 20. Oktober 2015. Im Kündigungsschreiben vom 21. Oktober 2015 umschrieb der Arbeitgeber den Grund für die Kündigung wie folgt (IV-act. 34-13/13):

Wir beziehen uns auf die verschiedenen Gespräche mit unserem Herrn ... bezüglich Ihrer Fähigkeit, die Aufgabe als Leiterin Administration auszuführen. Grössere Bedenken wurden auch im Probezeitendgespräch von mir geäussert. Während den letzten Wochen hat sich diese Situation nicht verbessert, weshalb wir nach reiflichen Überlegungen zum Schluss gekommen sind, das Vertragsverhältnis unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist per 30. November 2015 aufzulösen. (...)

2.8 Am 16. März 2016 berichtete Dr.med. G._____ der IV-Stelle von einer Verschlechterung der Situation mit folgenden aktuellen Diagnosen:

Gegenwärtig mittelgradig depressives Zustandsbild bei rezidivierend depressiver Entwicklung (ICD-10 F33.10) bei kombinierter Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0); zudem Schmerzzustand unklarer Aetiologie (Beine, Hände) bei Status nach Diskushernien.

Hinsichtlich des Verlaufs führte Dr.med. G._____ u.a. aus, bis 1. Oktober 2015 sei die Versicherte in immer grösseren zeitlichen Abständen erschienen, da sich ihre Stimmung damals deutlich stabilisierte und sie ab 1. Juli 2015 eine neue Stelle antreten konnte. Ende Oktober 2015 sei ihr plötzlich gekündigt worden; zuvor habe sie von innerbetrieblichen Spannungen berichtet, da sie die Erwartungen seitens des Vorgesetzten nicht habe erfüllen können. Seit November 2015 sukzessive Verschlechterung des Befindens. Die Kündigung habe Verbindungen zu früheren lebensgeschichtlichen Kränkungen ausgelöst; es sei zu einem Stimmungseinbruch gekommen mit Trauer, Wut und auch Enttäuschung, den beruflichen Wiedereinstieg nicht geschafft zu haben, dem erneuten Erleben, nicht verstanden zu werden bzw. dass ihre Arbeit nicht geschätzt werde. (...) Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit anfangs Februar 2016 eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit; der Verlauf erscheine ondulierend (IV-act. 37).

2.9 Der RAD-Arzt Dr.med. C._____ (siehe Ingress lit. F) beurteilte die Versicherte nach der Aktenlage dahingehend, dass es sich um ein komplexes psychisches Geschehen handle, wobei noch nicht alle diagnostischen wie therapeutischen Optionen ausgeschöpft zu sein scheinen würden. Dies treffe auch auf die somatischen Beschwerden von Seiten der Lendenwirbelsäule zu, welche sich durch die radiologisch nachgewiesenen Veränderungen nur unzureichend erklären liessen. Darüber hinaus würden unspezifische Beschwerden von Seiten

der Hände beklagt. Zusammenfassend empfahl er die Durchführung einer interdisziplinären MEDAS-Begutachtung (IV-act. 38-4/5).

2.10.1 Dieses von der MEDAS P. _____ erarbeitete Gutachten wurde am 24. November 2016 erstattet und von folgenden Fachpersonen unterzeichnet (IV-act. 48-2/98):

- Dr.med. H. _____ (Psychiatrie u. Psychotherapie FMH, Gutachter SIM)
- Dr.med. I. _____ (Innere Medizin FMH)
- Dr.med. J. _____ (Orthopädische Chirurgie u. Traumatologie FMH/ Gutachterin SIM)
- Dr.med. K. _____ (Fachärztin für Allg. Innere Medizin u. Rheumatologie)
- Dr.med. L. _____ (Neurochirurgie FMH)
- Dr.med. D. _____ (Neurologie FMH/ Gutachter SIM)

2.10.2 Diese MEDAS-Gutachter stellten folgende Diagnosen (IV-act. 48-23/98):

Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (Kaufmännische Mitarbeiterin/ Direktionsassistentin)

- keine

Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

- Persönlichkeitsakzentuierung Z73.1
- Status nach Angst und depressiver Reaktion gemischt F43.2 gegenwärtig Probleme in Bezug auf die Lebensführung, körperliche, psychische Belastungen, Zustand nach Erschöpfung Z73
- Chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung bds. ohne radikuläre Zeichen bei Osteochondrose L3-L5, Übergangsstörung L5/S1, Diskushernien L3/L4 und L4/L5 und ISG Arthrose bds.
- Schulterschmerzsyndrom links bei AC-Gelenksarthrose links mit degenerativen Veränderungen der Rotatorenmanschette
- Chronisches zervikovertebrales Syndrom bei leichten degenerativen Veränderungen und Discushernie präforaminal C6/7 links mit leichter Wurzelkompression C7 links, Diskusbulging C4/5 und C5/6 (klinisch-neurologisch ohne Korrelat)
- Degenerative Veränderungen im Bereich der BWS
- Knieschmerzen links bei St.n. Arthroskopie vom 16.09.2010
- STT Arthrose links
- Beginnende Fingergelenkpolyarthrose
- Arterielle Hypertonie, medikamentös therapiert
- Adipositas, BMI 32.2 kg/m²
- Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom leichten Grades (anamnestisch)
- St.n. Hörsturz 2012 (residual leichtes Hördefizit rechts)
- Infektanfälligkeit (anamnestisch)
- Status nach Appendektomie

2.10.3 Zur Frage der Arbeitsfähigkeit nahmen die MEDAS-Gutachter u.a. wie folgt Stellung (vgl. IV-act. 48-24/98):

Beschreibung des positiven und negativen Fähigkeitsprofils/ Ressourcen

- Das Heben und Tragen von schweren Lasten dauerhaft über 10 kg rechts, und 5 kg links ist nicht zumutbar. Arbeiten mit monotonen Kopf- und Rumpfhaltungen, sowie ständige Überkopparbeiten links sind nicht zumutbar. Das Hantieren mit schlagenden, vibrierenden und stossenden Maschinen links ist nicht zumutbar, wie auch Arbeiten mit langen Hebelarmen links. Ständiges Treppensteigen und Gehen auf unebenem Boden und Arbeiten in kniender, gebückter und gehockter Position sind nicht mehr zumutbar.
- Die Versicherte fühlt sich gegenwärtig noch unsicher in Bezug auf eine neue berufliche Tätigkeit, welche Versagensängste, und ihre frühere Situation als Schülerin widerspiegeln. Wegen der bestehenden Selbstunsicherheit kann sich die Versicherte nicht immer adäquat durchsetzen, dem sollte bei der Auswahl des neuen Arbeitsplatzes Rechnung getragen werden. Bei der Versicherten besteht noch eine leichte Stressanfälligkeit, deshalb sollte in der Zukunft regelmässiger Zeitdruck am Arbeitsplatz sofern möglich, vermieden werden. Sie bedarf eines wohlwollenden Arbeitgebers und Kollegen.
- Bei der guten intellektuellen Ausstattung bestehen sonst keine Störungen des Fähigkeitsprofils bei der Versicherten.

Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit (Kaufmännische Mitarbeiterin/ Direktionsassistentin)

- 100% arbeitsfähig (volle Leistungsfähigkeit, Zeitpensum 8.5 Stunden, 5 Tage/Woche)

Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeit)

- 100% arbeitsfähig (volle Leistungsfähigkeit, Zeitpensum 8.5 Stunden, 5 Tage/Woche)

Retrospektive Bewertung der Arbeitsfähigkeit (angestammte/ Verweistätigkeit) mit Aktenbezugnahme)

- Arbeitsunfähigkeit - Verlauf: 100% Arbeitsunfähigkeit bestand vom 19.06. bis 14.07.2013; eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit lag vom 15.07 bis 31.10.2013, 50% Arbeitsunfähigkeit vom 01.11.2013 bis 31.01.2014. Danach, spätestens ab Juni 2014 ist von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen; ab Juli 2015 besteht eine hundertprozentige Arbeitsfähigkeit.

2.11 In einer Stellungnahme vom 1. März 2017 übte die behandelnde Psychiaterin Dr.med. G._____ mehrfach Kritik am MEDAS-Gutachten. Unter anderem machte sie geltend, die bei der Versicherten nachweislich vorhandene Persönlichkeitsstörung (anankastisch und selbstunsicher) bilde die Grundlage der daraus resultierenden, vorwiegend depressiven, aber auch ängstlichen Symptomatik, welche in der Ausprägung und den unterschiedlichen Modi vom MEDAS-Psychiater in seiner Beurteilung im Rahmen eines einmaligen Kontaktes kaum habe erfasst werden können. Zusammenfassend plädierte sie aufgrund der angesprochenen Unklarheiten im diagnostischen Prozess und der nicht ausrei-

chenden Gewichtung vorhandener Befunde im Längsverlauf für eine erneute psychiatrische Beurteilung (IV-act. 58-8f./14).

2.12 Die Hausärztin med.pract. F._____ führte in ihrer Stellungnahme vom 13. März 2017 aus, hinsichtlich der psychiatrischen Aspekte klage die Versicherte wiederholt seit 2012, aktuell deutlich zunehmend über folgende Symptome: Freudlosigkeit; Interessenlosigkeit; Hoffnungslosigkeit; Müdigkeit/ Kraftlosigkeit; Unsicherheit/ Komplexe, wobei diese einzelnen Symptome zusätzlich näher umschrieben wurden. In somatischer Hinsicht beschrieb die Hausärztin chronische Schmerzen bezüglich der LWS, der linken Schuler, des Nackenbereichs, des linken Kniegelenks sowie im Bereich der beiden oberen Sprunggelenke. Diese chronischen Schmerzen würden grösstenteils aus den degenerativen Veränderungen des Skeletts und der grossen Gelenke resultieren. Unverständlich sei, warum die orthopädische MEDAS-Gutachterin rückwirkend ab Juli 2015 eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert habe, obwohl die Versicherte sich damals kaum habe bewegen können (wegen LWS-Schmerzen). Aktuell bzw. im Februar 2017 würden vor allem die psychischen Symptome in den Vordergrund treten. Insgesamt sei zu betonen, dass vor allem wegen der psychischen Erkrankung der Versicherten eine weitere Arbeitsunfähigkeit gegeben sei. Die psychische Situation sei instabil und könne jederzeit zu einer weiteren Verschlechterung bzw. akuter Suizidalität führen (IV-act. 58-13/14).

2.13 In einer ergänzenden Stellungnahme vom 17. August 2017 äusserten sich die MEDAS-Gutachter zur von den behandelnden Ärztinnen vorgebrachten Kritik sowie zu derjenigen des Rechtsvertreters der Versicherten (gegen den Vorbescheid der Vorinstanz). Darauf ist - soweit erforderlich - nachfolgend zurückzukommen.

3. Eine gerichtliche Würdigung dieser oben zusammengefassten Angaben sowie der vorliegenden Unterlagen zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

3.1 Was die somatischen Beeinträchtigungen der Versicherten anbelangt, gelangten die MEDAS-Gutachter im Rahmen des orthopädischen, rheumatologischen, neurochirurgischen, neurologischen und internistischen Konsiliums zusammengefasst zum Ergebnis, dass die reproduzierbaren bzw. objektivierbaren somatischen Befunde als leichtgradig einzustufen seien. Es bestünden klinisch skelettale Veränderungen der HWS und der LWS, jedoch ohne stärkere und funktionale Auswirkungen. Dies begründe eine leicht verminderte Rückenbelastbarkeit sowie Einschränkungen beim Heben und Tragen von Lasten (rechts dau-

erhaft nicht mehr als 10 kg, links nicht mehr als 5 kg). Nicht mehr zumutbar seien (vgl. IV-act. 48-25/98 i.V.m. 48-21f./98):

- Arbeiten mit monotonen Kopf- und Rumpfhaltungen;
- Ständige Überkopfarbeiten links;
- das Hantieren mit schlagenden, vibrierenden und stossenden Maschinen links;
- Arbeiten mit langen Hebelarmen links;
- Ständiges Treppensteigen und Gehen auf unebenem Boden;
- Arbeiten in kniender, gebückter und gehockter Position.

Diese aus somatischer Sicht von verschiedenen Fachärzten konsensual vorgenommene Einschätzung der somatischen Beeinträchtigungen deckt sich insofern mit den Angaben der Hausärztin, als sie in ihrer Stellungnahme vom 13. März 2017 festhielt, dass im Februar 2017 die psychischen Symptome in den Vordergrund getreten seien, auch wenn die Beschwerden seitens des Bewegungssystems weiter bestünden und Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Indes betonte die Hausärztin in der gleichen Stellungnahme, es sei für sie unverständlich, weshalb die MEDAS-Gutachterin für das orthopädische Konsilium rückwirkend ab Juli 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 100% zugemutet habe, obwohl die Versicherte sich damals "in dieser Zeit kaum bewegen konnte wegen LWS-Beschwerden" (vgl. IV-act. 58-13/14). Mit diesem Einwand dokumentiert die Hausärztin, dass ihre Einschätzung der (somatischen) Arbeitsfähigkeit nicht zu überzeugen vermag, denn die Versicherte hatte genau zu dieser Zeit ab Juli 2015 eine Vollzeitstelle bei der Firma O. _____ AG in N. _____ aufgenommen als "Leiterin Administration/ Assistentin CEO" (vgl. 34). Mithin betrachtete die Versicherte sich selbst - jedenfalls aus somatischer Sicht - damals als zu 100% arbeitsfähig, andernfalls sie nicht eine solche Büroarbeit (mit Vollzeitpensum) aufgenommen hätte. Hinzu kommt, dass die Versicherte diese im Sommer 2015 aufgenommene Arbeit nach ihren eigenen Angaben nicht wegen somatischen Einschränkungen verloren hat, sondern vielmehr deshalb, weil sie als Leiterin der Administration es abgelehnt hatte, einer Drittperson in der betreffenden Firma zu kündigen (vgl. Beschwerde S. 3, Ziff. 11; IV-act. 48-12/98; IV-act. 54-2/6 oben, 1. Abs. in fine und IV-act. 32). Bei dieser Sachlage ist die Kritik der Hausärztin an der im MEDAS-Gutachten vorgenommenen Evaluierung und Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes nicht zu hören, jedenfalls soweit der Gesundheitszustand ab Juli 2015 gemeint ist. Soweit die Hausärztin die ab 3. November 2015 attestierte Arbeitsunfähigkeit meint (vgl. IV-act. 33-1/2, Ziff. 4, siehe oben Erw. 2.6 in fine), welche kurz nach der Kündigung vom 21. Oktober 2015 der Firma O. _____ AG auftrat und mithin im Kontext mit dieser Entlassung zu sehen ist, handelt es sich grundsätzlich in somatischer Hinsicht um eine vorübergehende Verschlechterung, denn anlässlich der interdisziplinären MEDAS-Abklärungen

vom 15. und 30. August 2016 sowie vom 13. September 2016 und 17. Oktober 2016 konnten keine schwerwiegenden somatischen Beeinträchtigungen festgestellt werden.

Nach dem Gesagten vermögen die anlässlich der MEDAS-Begutachtung festgestellten und nachvollziehbaren somatischen Befunde eine etwas verminderte Rückenbelastbarkeit sowie Einschränkungen beim Heben und Tragen von Lasten zu begründen, nicht aber eine relevante Beeinträchtigung für leidensangepasste, leichte wechselbelastende Tätigkeiten. In dieser Hinsicht ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz auf die erwähnten Ergebnisse der MEDAS-Begutachtung abgestellt hat. Daran vermag auch der Hinweis auf die Erfahrungen im Rahmen der Beschäftigung der Versicherten in der S. _____-Stiftung in T. _____ grundsätzlich nichts zu ändern, zumal die Gruppenleiterin hinsichtlich des Arbeitsprozesses mit wiederkehrenden Abläufen am 7. Februar 2017 berichtete, im Gespräch bemerke man, "dass der psychische Druck ihre Belastbarkeit an die Grenze bringt, wie, zum Teil Arbeiten nicht ausführen kann, weil ihr die Konzentration fehlt, dass sie nicht fähig ist zur Arbeit zu erscheinen oder früher nachhause geht. Verlust des Selbstwertgefühls; sie zweifelt an sich, wirkt unsicher, zieht sich zurück" (vgl. IV-act. 54-4/6). Auf solche psychischen Aspekte ist nachfolgend zurückzukommen. Im Übrigen ist ein EFL-Testverfahren (EFL = Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit) nicht bereits dann erforderlich, wenn lediglich ärztliche Einschätzungen der gesundheitlich bedingten Einschränkungen voneinander abweichen; eine medizinisch-theoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit genügt als Grundlage für die Bemessung der Invalidität (vgl. Urteil 9C_768/2011 vom 8.2.2012 Erw. 2.4 mit weiteren Hinweisen). Dies gilt erst recht, als bei im Vordergrund stehenden psychischen Geschehnissen (Symptomausweitung) im Rahmen einer EFL-Abklärung kaum mit validen Aussagen zu rechnen wäre (Urteil 8C_324/2016 vom 25.7.2016 Erw. 3.2.2). Des Weiteren ist den vorinstanzlichen Ausführungen in der Vernehmlassung vom 8. Januar 2018 (S. 3 lit. b) uneingeschränkt beizupflichten.

3.2 In der Folge ist zu prüfen, wie der psychische Gesundheitszustand der Versicherten zu beurteilen ist.

3.2.1 In der Beschwerde (S. 6, Ziff. 34) wird geltend gemacht, dass die Psychiaterin Dr.med. G. _____, welche die Versicherte seit längerer Zeit behandle und sie daher bestens kenne, die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (F33.10) bei einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (F61.0) stelle.

3.2.2 Demgegenüber konnte der MEDAS-Psychiater keine Hinweise für eine floride und versicherungspsychiatrisch bedeutsame depressive Störung feststellen.

Er verneinte auch das Vorliegen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung. Nach seiner Einschätzung ist von einer Persönlichkeitsakzentuierung (Z73.1) und einem Status nach Angst und depressiver Reaktion gemischt (F43.2) auszugehen. Zudem würden Probleme in Bezug auf die Lebensführung, körperliche, psychische Belastungen bestehen sowie ein Zustand nach Erschöpfung (Z73; vgl. IV-act. 48-17/98 bis 48-19/98).

3.2.3 Was die Beurteilung von Erkrankungen mit depressiven Ausprägungen anbelangt, hat das Bundesgericht kurz nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2017 seine Rechtsprechung geändert.

Im Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 erwog das Bundesgericht unter anderem, für die Diagnostik psychischer Störungen sei weder im naturwissenschaftlichen noch im psychologisch-testtheoretischen Sinn von einer hohen Objektivität auszugehen. Es gebe unterschiedlich hohe, von Studie zu Studie schwankende Übereinstimmungswerte (bei denen depressive Störungen z.B. nicht besser abschneiden als andere, z.B. somatoforme Syndrome), aber Aussagen, dass bestimmte Typen psychischer Störungen grundsätzlich besser objektivierbar wären als andere, seien auf dieser Grundlage nicht haltbar. Die Auswirkungen auf Funktions- und Arbeitsfähigkeit seien bei somatoformen/funktionellen Störungen auf dem gleichen Niveau wie bei depressiven Störungen und bei organisch erklärten Krankheiten (Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, SZS 58/2014 S. 525). Psychische Leiden - und nicht nur somatoforme/funktionelle Störungen - seien wegen ihres Mangels an objektivierbarem Substrat dem direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht zugänglich. Dieser Beweis sei indirekt, behelfsweise, mittels Indikatoren, zu führen. Da bei sämtlichen psychischen Störungen trotz variierender Prägnanz der erhebaren Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme bestünden, sei das indikatorengeleitete Beweisverfahren grundsätzlich auf sie alle anzuwenden. Darum würden fortan auch affektive Störungen, einschliesslich der leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen, dem strukturierten Beweisverfahren unterstellt.

Dies hat das Bundesgericht im ebenfalls zur Publikation vorgesehenen Urteil 8C_841/2016 vom 30. November 2017 klargestellt. Je nach Krankheitsbild bedarf es dabei allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren (vgl. Urteil 8C_130/2017 vom 30.11.2017 Erw. 7.1). Zusammenfassend hat das Bundesgericht im genannten Präjudiz betont, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. 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).

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). Auf die im konkreten Fall näher zu prüfenden Indikatoren ist nachfolgend noch zurückzukommen.

3.2.4 Im konkreten Fall verhält es sich so, dass das vorliegende MEDAS-Gutachten sowie die nach dem Vorbescheid eingeholte Stellungnahme dieser Gutachter (zur Kritik der behandelnden Ärztinnen) noch in Unkenntnis der neuen, oben angeführten Rechtsprechung des Bundesgerichts verfasst wurden. Indes gilt nach höchstrichterlicher Praxis, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen einer gerichtlichen Überprüfung stand hält (vgl. Urteil 9C_337/2017 vom 27.10.2017 Erw. 2.1 mit Verweis auf BGE 137 V 210 Erw. 6 in initio S. 266). Mithin ist in der Folge zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen Sachverständigengutachten (unter Einbezug der ergänzenden Stellungnahme der MEDAS-Gutachter vom 17.8.2017) eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht.

3.2.5 Was die als Ausgangspunkt zu untersuchende Frage einer psychiatrischen, lege artis gestellten Diagnose anbelangt, ist vorab zu berücksichtigen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem medizinischen Sachverständigen deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (vgl. Urteil 9C_550/2016 vom 30.12.2016 Erw. 4.2.1 mit Hinweisen).

3.2.6 Der MEDAS-Psychiater erhob anlässlich des psychiatrischen Explorationsgesprächs vom 30. August 2016 in Anlehnung an den Interviewleitfaden AMDP u.a. folgende psychiatrischen Befunde:

Hinsichtlich der Orientierung war die Versicherte wach und in allen Qualitäten orientiert. Das Ich-Bewusstsein war ungestört; psychotische Ich-Störungen waren weder erkennbar noch explorierbar. Die Aufmerksamkeit und Konzentration liessen im Verlauf der Untersuchung nicht nach; auch zeigte die Versicherte keine Gedächtnisstörungen. Abgesehen von einer zeitweisen Umständlichkeit/Weitschweifigkeit bei der Schilderung der früheren beruflichen Tätigkeiten bestanden keine Störungen des formalen Denkens. Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen und Störungen der Wahrnehmungen waren nicht feststellbar. Die Intelligenz wurde als durchschnittlich beurteilt. Psychomotorisch war die Versicherte ruhig, mit mässig ausgeprägter Gestik und Mimik. Hinsichtlich Affektivität machte die Versicherte einen freundlichen, nicht depressiven Eindruck, jedoch wirkte sie besorgt im Hinblick auf die berufliche Zukunft. Betreffend Persönlichkeit führte der MEDAS-Psychiater aus, es finde sich eine narzisstische, anankastische Persönlichkeitsakzentuierung; die Versicherte wirke leistungsbereit, ehrgeizig, auch leicht kränkbar und selbstunsicher. Es wurden keine alltagsrelevanten Zwänge oder Phobien berichtet. Die Willenskräfte wurden als strukturiert beurteilt, wobei keine Antriebsschwäche bestehe. Realitätsorientierung und Realitätsbezug wurden als adäquat beurteilt. Die Motivation in Bezug auf ihre berufliche Tätigkeit sei in einem reduzierten Rahmen vorhanden (vgl. IV-act. 48-16/98).

Daraus und aus den vorliegenden Unterlagen folgerte der Gutachter, dass sich in der aktuellen psychiatrischen Untersuchung keine Hinweise auf eine relevante depressive Störung ergeben würden, jedoch sei bei ehrgeizigen, leistungsorientierten und narzisstisch geprägten Persönlichkeit der Verlust des angestammten Arbeitsplatzes und auch der neuen Arbeitsstelle im Anschluss daran (bei zuvor bestehender Arbeitslosigkeit) als eine narzisstische Kränkung zu verstehen. Dies habe bei der Versicherten zu depressiv getönten bzw. Verbitterungsgedanken geführt. Die Versicherte beschäftige sich ausführlich mit dieser Thematik und sei bislang noch nicht in der Lage gewesen, die Situation adäquat zu verarbeiten (IV-act. 48-17/98). Der MEDAS-Psychiater befasste sich auch ausdrücklich mit den Angaben der behandelnden SPD-Psychiaterin, verneinte aber das Vorliegen einer depressiven Störung und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung und kodierte die psychischen Auffälligkeiten namentlich mit einer Persönlichkeitsakzentuierung (Z73.1) und einem Status nach Angst sowie depressiver Reaktion gemischt (F43.2; IV-act. 48-19/98).

3.2.7 Der Umstand, wonach der MEDAS-Psychiater sowie die behandelnde Psychiaterin den psychischen Gesundheitszustand der Versicherten zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlich kodierten (vgl. auch vorinstanzliche

Vernehmlassung, S. 4f. lit. d: Persönlichkeitsakzentuierung versus Persönlichkeitsstörung), erfordert nicht zwingend eine weitere psychiatrische Begutachtung, zumal im aktenkundigen Verlauf unterschiedlich hohe Ausprägungen der Symptomatik feststellbar sind. Die behandelnde Psychiaterin spricht denn auch ausdrücklich von einem ondulierenden Verlauf (vgl. IV-act. 37-2/2, Ziff. 4 in fine; siehe auch IV-act. 58-8/14 oben). Im Einklang damit steht auch, dass die Versicherte nach dem Verlust der mehrjährigen Anstellung bei der Firma B. _____ nicht stellenlos blieb, sondern im Juli 2015 eine Vollzeitstelle aufnehmen konnte, welche sie allerdings nicht (primär) aus gesundheitlichen Gründen, sondern wegen Differenzen mit dem Arbeitgeber verlor (vgl. oben Erw. 3.1).

3.2.8 Eine Gegenüberstellung der Diagnosen der MEDAS-Gutachter einerseits und der behandelnden Ärztinnen andererseits ergibt - trotz unterschiedlicher Kodierungen - ein ärztlich festgestelltes medizinisches Substrat, welches grundsätzlich die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit in relevanter Weise zu beeinträchtigen vermag. Was die Diagnosekriterien für eine Persönlichkeitsstörung (sei es eine solche nach ICD-10 F60 mit den Untergruppen, sei es eine kombinierte Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F61.0) anbelangt, weisen das MEDAS-Gutachten sowie (wenn auch weniger ausgeprägt) die Berichte der behandelnden Psychiaterin insofern Schwächen auf, als eine umfassende Auseinandersetzung mit den diagnostischen Leitlinien (vgl. Beschwerde, Ziff. 42, 45 und 47) nicht ersichtlich ist. Soweit diesbezüglich in der Vernehmlassung (S. 5) geltend gemacht wurde, dass die Kindheit, Jugend und Ausbildung der Versicherten unauffällig gewesen sei und dass die Versicherte über Jahre hinweg erfolgreich in selbst verantwortungsvollen Tätigkeiten im Arbeitsleben integriert gewesen sei, wurde in der Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin vom 1. März 2017 nachvollziehbar entgegen gehalten, dass die Versicherte im Längsverlauf eine deutliche Unausgeglichenheit im Verhalten hinsichtlich der Funktionsbereiche Affektivität, aber auch im Antrieb und in der Impulskontrolle, namentlich in der Interaktion mit anderen Personen zeigte. Dieses Verhaltensmuster sei nicht auf einzelne Episoden von Exazerbationen depressiver oder auch ängstlicher Phasen begrenzt. Diese Störung führte zu deutlichem subjektivem Leiden, im jugendlichen Alter von körperlicher Beeinträchtigung begleitet, in länger bestehenden Interaktionen zunehmend deutlicher hervortretend (vgl. IV-act. 58-7/14). Sodann ist es durchaus glaubhaft, dass die Versicherte bei ihrer letzten, länger dauernden Anstellung sich zu stark verausgabte (vgl. Beschwerde, S. 11 oben; siehe auch IV-act. 48-14/98 oben; vgl. auch IV-act. 58-7/14 Mitte), mithin auf Dauer eine solche Berufstätigkeit ihrer psychischen Gesundheit abträglich

war. Dessen ungeachtet kommt es in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht nicht primär auf die Diagnose an, sondern darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (siehe BGE 136 V 281). Diesbezüglich fällt massgeblich ins Gewicht, dass auch im MEDAS-Gutachten grundsätzlich Versagensängste der Versicherten und in diesem Zusammenhang eine Stressanfälligkeit anerkannt wurden. Diesen Aspekten sei bei der Wahl eines neuen Arbeitsplatzes dahingehend Rechnung zu tragen, dass künftig regelmässiger Zeitdruck am Arbeitsplatz zu vermeiden sei und es jeweils eines wohlwollenden Arbeitgebers sowie eines wohlwollenden Kollegenkreises bedürfe (vgl. IV-act. 48-24/98 oben; siehe auch IV-act. 48-25/98 Ziff. 1.8 in fine). Eine solche gutachtliche Umschreibung des in Frage kommenden Profils ist im Ergebnis so zu verstehen, dass Arbeitsplätze mit hohem Zeitdruck grundsätzlich der Versicherten unzumutbar sind, analog auch Arbeitsplätze in einem kompetitiven Umfeld (mit anspruchsvollen Vorgesetzten bzw. mit starkem Leistungsdruck im personellen Umfeld der Mitarbeiter). Werden diese gutachtlichen Erkenntnisse nicht beachtet, ist nach der Aktenlage wohl erneut mit dem Scheitern einer neuen Anstellung zu rechnen, was wiederum als Nährboden für eine depressive Symptomatik (mit Hoffnungslosigkeit, Freudlosigkeit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit etc.) dienen würde. In diesem Zusammenhang wurde in der Beschwerdeschrift (S. 9 unten) überzeugend argumentiert, dass sinngemäss die angesprochene Arbeit als Direktionsassistentin regelmässig fordernd und Zeitdruck unvermeidlich, mit anderen Worten eine solche Anstellung ohne Zeitdruck sowie mit einem wohlwollenden Umfeld hinsichtlich Vorgesetzten, Kollegen und Kunden faktisch unrealistisch ist. Damit ist eine 100%ige Arbeitsfähigkeit lediglich in einem einschränkenden Sinne zu bejahen, indem die in Frage kommenden Arbeitsstellen grundsätzlich keinen regelmässigen Zeitdruck/ Stress aufweisen dürfen sowie eine wohlwollendes Umfeld (hinsichtlich Vorgesetzten, Kollegen- und Kundenkreis) nötig ist. Damit scheidet Anstellungen mit höheren Ansprüchen zum vornherein aus, was sich offenkundig auch in erwerblicher Hinsicht auswirken wird (siehe dazu noch nachfolgend).

3.2.9 Was die weiteren Indikatoren anbelangt, ist zum einen zu beachten, dass im Rahmen der MEDAS-Begutachtung keine Hinweise auf Inkonsistenzen im Verhalten in der Untersuchungssituation, aber auch keine Hinweise auf verzerrende Angaben zum Beschwerdebild evaluiert wurden (siehe IV-act. 58-18/98 oben). Zum andern ist aktenkundig, dass die Versicherte auch in Phasen ausgeprägter Stimmungstiefs für eine stationäre Psychotherapie nicht zu gewinnen war, indes mit dem Aufbau einer Tagesstruktur (in Gruppensettings) ihr Selbstwertempfinden steigern und dadurch eine leichte affektive Besserung

erreichen konnte (vgl. IV-act. 58-8/14 oben). Kontrovers beurteilt wird die Frage der Medikation. Während im MEDAS-Gutachten unwidersprochen festgehalten wurde, dass eine adäquate medikamentöse Behandlung nicht durchgeführt werde (vgl. IV-act. 48-18/98 oben), hat die behandelnde Psychiaterin dazu eingewendet (vgl. IV-act. 58-8f./14):

Unverständlich (...) bleibt, wieso der psychiatrische Gutachter zudem festhält, dass keine adäquate medikamentöse Behandlung durchgeführt werde. Im Rahmen der Argumentation des Gutachters wäre eine solche ja gar nicht indiziert (bei seiner Beurteilung einer nicht vorhandenen Arbeitsunfähigkeit verursachenden psychischen Diagnose - also einer allenfalls leichten psychischen Symptomatik), weswegen seine Aussage widersprüchlich ist. Depressive Zustandsbilder leichten bis mittleren Ausmasses sind lege artis primär psychotherapeutisch zu behandeln. Eine solche Therapie ist einer antidepressiven Medikation überlegen. Dafür spricht auch der Langzeitverlauf der Expl., es gelang ihr mehrmals, ins berufliche Umfeld zurückzukehren - nach Abklingen der depressiven Symptomatik. (...)

Anknüpfend an die aktenkundigen Eingliederungsbemühungen kann hier nicht von einer Behandlungsresistenz gesprochen werden, indes drängt es sich auf, realistische Anstellungsmöglichkeiten (vgl. Erw. 3.2.8 in fine) anzustreben.

3.2.10 Hinsichtlich des höchstrichterlich geforderten, stärkeren Einbezugs der Ressourcenseite fällt im konkreten Fall ins Gewicht, dass die Versicherte über ausgesprochen umfangreiche Sprachkenntnisse verfügt. Die in U. _____ aufgewachsene Versicherte (_____, vgl. IV-act. 48-17/98) weist nach eigenen Angaben drei Muttersprachen auf (Deutsch, Italienisch und Spanisch); zusätzlich spricht sie fließend Englisch und Französisch (siehe IV-act. 4-1/5). Solche Sprachkenntnisse sind in der Berufswelt eher selten und offenkundig von grossem Nutzen für einen Arbeitgeber bzw. eine Einrichtung, welche mit Personen/ Firmen aus diesen genannten Sprachräumen zu tun haben. Des Weiteren ist auf der Ressourcenseite anzurechnen, dass die Versicherte weiterhin ein eigenes Fahrzeug fährt (IV-act. 48-15/98 oben).

3.2.11 Was das Aktivitätenniveau anbelangt, wurden im MEDAS-Gutachten die regelmässige Teilnahme in der Tagesstätte (mit Malen, Kochen und anderen Aufgaben) und Kontakte mit ihrem Bruder und dessen Familie sowie mit vier Freundinnen aufgeführt (IV-act. 48-15/98 i.V.m. IV-act. 48-12/98 unten; siehe auch IV-act. 58-11/14 unten; siehe auch die Tätigkeit in der S. _____-Stiftung in T. _____ = IV-act. 54-4/6).

3.3 Aus diesen dargelegten Gründen und unter Einbezug des auf den konkreten Fall adaptierten strukturierten Beweisverfahrens (wie es in BGE 141 V 281 i.V.m. der jüngsten Rechtsprechung vom 30.11.2017 definiert wurde) ergibt eine Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung aller in Frage kommenden Aspekte

(inkl. allfällige Wechselwirkungen), dass hier die Arbeitsfähigkeit der Versicherten infolge ihrer krankhaft geprägten Persönlichkeit (mit Versagensängsten etc.) doch erheblich beeinträchtigt ist, indem anspruchsvolle Tätigkeiten mit Zeitdruck, mit Stressbelastung, mit einem fordernden Umfeld bezüglich Vorgesetzten und Kollegen (als Gegenteil eines wohlwollenden Umfeldes mit besonderer Rücksichtnahme) der Versicherten nach dem Gesagten nicht mehr länger zumutbar sind, was grundsätzlich auch im MEDAS-Gutachten bestätigt wird (vgl. IV-act. 48-24/98 oben; IV-act. 48-25/98 unten). Dass in einem derart angepassten, wenig anspruchsvollen Rahmen lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 40% bis 50% zu veranschlagen sei, wie in der Beschwerdeschrift (S. 11, Ziff. 64) unter Hinweis auf die behandelnde Psychiaterin argumentiert wird, vermag in Anbetracht des dargelegten schwankenden Verlaufs und dem weiterhin vorhandenen Ressourcenprofil nicht zu überzeugen. Daran vermag auch der Verweis auf die aktuelle Tätigkeit in der S. _____-Stiftung nichts zu ändern, zumal es sich dabei offenbar um manuelle Arbeitsprozesse mit wiederkehrenden Abläufen handelt, indes gemäss MEDAS-Gutachten Arbeiten mit monotonen Kopf- und Rumpfhaltung vermieden werden sollten (vgl. IV-act. 48-24/98 oben) und insofern die Versicherte mit solchen Tätigkeiten ihr verbliebenes zumutbares Leistungspotential (inkl. ihre umfangreichen Sprachkenntnisse) unzureichend ausschöpft. Soweit der früher mehrfach geglückte Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt derzeit mangels geeigneter Arbeitsplätze (noch) nicht möglich war, handelt es sich um IV-fremde Aspekte, welche bei der Ermittlung der massgebenden Invalidität auszuklammern sind. Im Lichte all dieser konkreten Umstände rechtfertigt es sich, den massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrad für im dargelegten Sinn angepasste Tätigkeiten auf 75% zu veranschlagen, womit auch einem vermehrten Pausenbedarf Rechnung getragen wird. Dieses Ergebnis weist in erheblichem Masse auch Komponenten einer Vergleichslösung auf, zumal im Rahmen einer (allfälligen) Rückweisung mit erneuter medizinischer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung in Anbetracht des aktenkundigen schwankenden Verlaufs mit einer neuen Prozentzahl zu rechnen wäre, welche wiederum in Beziehung zu den bisherigen, gegensätzlichen Standpunkten der Parteien (Bandbreite eines Arbeitsfähigkeitsgrades von 40% bzw. 50% einerseits und 100% andererseits) zu setzen wäre.

4.1 Die erwerblichen Auswirkungen des oben hergeleiteten, massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrades sind wie folgt zu beurteilen. Das jährliche Valideneinkommen ist gemäss einer Arbeitgeberbescheinigung der Firma B. _____ vom 19. Juni 2013 auf Fr. 97'000.-- (per 2013) zu veranschlagen (vgl. IV-act. 8-3/16), was nach der Entwicklung der Nominallöhne (Indexstand für Frauen per 2013 von 2648 und per 2015 von 2686) für das Jahr 2015 einen

hochgerechneten Betrag von Fr. 98'392.-- ergibt ($97'000 : 2648 \times 2686$). Dieser Betrag ist nur unwesentlich höher als die Entlöhnung, welche die Versicherte bei der Firma O. _____ AG ab 1. Juli 2015 erzielt hätte, wenn die Anstellung nicht nur wenige Monate, sondern ein ganzes Jahr gedauert hätte (vgl. IV-act. 34-2/13, Ziff. 7.10). Anzuführen ist, dass die Versicherte im Rahmen einer Integrationsmassnahme, welche im Dezember 2014 abgeschlossen wurde, IV-Taggelder bezog (vgl. IV-act. 31 i.V.m. 24) und von daher für das Jahr 2014 grundsätzlich keine IV-Rentenansprüche in Frage kommen (vgl. Art. 29 Abs. 2 IVG).

4.2 Beim Invalideneinkommen ist, nachdem die Versicherte nach der Aktenlage aktuell keine marktgerecht entlohnte Tätigkeit ausübt, von den Tabellenlöhnen nach der Lohnstrukturhebung (LSE) 2014 des Bundesamtes für Statistik auszugehen, wonach das Durchschnittseinkommen für Frauen im Kompetenzniveau 3 (komplexe praktische Tätigkeiten) Fr. 6'202.-- betrug, was umgerechnet auf eine betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 h/Woche einen Betrag von Fr. 6'465.585 ($6'202 : 40 \times 41.7$) und nach Massgabe der Entwicklung der Nominallöhne (Indexstand für Frauen per 2014 = 2673 und per 2015 von 2686) einen hochgerechneten Monatsverdienst per 2015 von Fr. 6'497.03 ($6'465.585 : 2673 \times 2686$) ergibt, wovon bei einer massgebenden Arbeitsfähigkeit von 75% Fr. 4'872.77 ($6'497.03 \times 0.75$) anzurechnen sind, was bezogen auf ein Jahr einen hypothetischen Verdienst von Fr. 58'473.-- ergibt ($4'872.77 \times 12$).

4.3 Stellt man dem oben hergeleiteten Valideneinkommen von Fr. 98'392.-- (per 2015) das vorstehend ermittelte Invalideneinkommen von Fr. 58'473.-- gegenüber, resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 39'919.--, was einen Invaliditätsgrad von aufgerundet 41% ergibt ($98'392 \text{ minus } 58'473 = 39'919$; $39'919 : 98'392 \times 100 = 40.57$). Damit ist ein Anspruch auf eine Viertelsrente zu bejahen. Die Festlegung des Rentenbeginns sowie die Nachzahlung der entsprechenden Rentenbeträge ist Sache der Verwaltung.

5.1 Die Beschwerde wird insoweit im Sinne der Erwägungen gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und ein Anspruch auf eine Viertelsrente (IV-Grad 41%) anerkannt wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

5.2 Diesem Ergebnis entsprechend werden die auf Fr. 500.-- festzulegenden Verfahrenskosten der Vorinstanz auferlegt. Zudem wird der beanwalteten Beschwerdeführerin zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zugesprochen. In Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA, SRSZ 280.411), welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsge-

richt in § 15 GebTRA einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht sowie unter Berücksichtigung der in § 7 GebTRA enthaltenen Kriterien (Wichtigkeit der Streitsache, Schwierigkeit, Umfang und Art der Arbeitsleistung, notwendiger Zeitaufwand) und in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens wird das Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) auf Fr. 2'300.-- festgelegt.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit im Sinne der Erwägungen gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und ein Anspruch auf eine Viertelsrente (IV-Grad 41%) anerkannt wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Vorinstanz auferlegt. Diese Kosten werden zahlungsverkehrsmässig so umgesetzt, dass das Gericht den von der Beschwerdeführerin bezahlten Kostenvorschuss (Fr. 500.--) einbehält und die Vorinstanz dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin noch Fr. 500.-- zu bezahlen hat.
3. Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung (inkl. Auslagen und MwSt) von Fr. 2'300.-- zugesprochen (Auszahlung an den Rechtsvertreter).
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).
5. Zustellung an:
 - den Vertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen, 3003 Bern (A).

Schwyz, 14. März 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumanzsch 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: 22. März 2018

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

