

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2017 62

Entscheid vom 18. September 2017

Besetzung

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

Parteien

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

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A. _____ (geb. am _____) hat von _____ bis _____ die Primar- und Sekundarschule in C. _____ absolviert. Während der Sommerferien 2007 in L. _____ wurde eine chronische entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn) diagnostiziert (IV-act. 5-103/120). Eine Lehre als Detailhandelsfachfrau beendete sie im Jahre _____ mit dem Fähigkeitszeugnis (_____). In der Folge arbeitete sie vorübergehend u.a. in einer Treuhandfirma (IV-act. 4) und als Verkäuferin für die Firma D. _____ (IV-act. 11).

B. Am 2. Dezember 2016 unterzeichnete sie eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen (Eingang bei der IV-Stelle am 14.12.2016). Die gesundheitlichen Probleme umschrieb sie mit einer Morbus Crohn-Erkrankung (IV-act. 1-6/8).

C. Nach Abklärungen teilte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 7. März 2017 mit, dass kein Anspruch auf IV-Leistungen bestehe (IV-act. 13). Dagegen liess A. _____ am 4. Mai 2017 Einwände erheben und beantragte, es seien ihr Eingliederungsmassnahmen zu gewähren (IV-act. 19).

D. Am 19. Mai 2017 verfügte die IV-Stelle, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde.

E. Gegen diese am 26. Mai 2017 eingegangene Verfügung reichte A. _____ rechtzeitig am 23. Juni 2017 beim Verwaltungsgericht Beschwerde mit den folgenden Rechtsbegehren ein:

1. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 19. Mai 2017 sei dahingehend abzuändern, dass der Beschwerdeführerin Eingliederungsmassnahmen zustehen.
2. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 19. Mai 2017 dahingehend abzuändern, dass der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente zusteht.
3. Subeventualiter sei die Sache in Aufhebung der angefochtenen Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 19. Mai 2017 zu ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder es seien selber ergänzende Abklärungen anzuordnen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

F. Mit Vernehmlassung vom 7. August 2017 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Mit Replik vom 14. August 2017 hielt die Beschwerdeführerin an ihren in der Beschwerde gestellten Anträgen fest. Daraufhin folgte eine Stellungnahme der

IV-Stelle vom 18. August 2017, auf welche die Beschwerdeführerin mit einer Eingabe vom 25. August 2017 reagierte.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Invalidität setzt eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraus (Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 und 6 ff. ATSG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 IVG). 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.

1.2 Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) unmittelbar bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Die Eingliederungsmassnahmen umfassen laut Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG u.a. berufliche Massnahmen (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung und Kapitalhilfe). Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Art. 8 Abs. 1^{bis} Satz 2 IVG).

1.3 Die Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Bei der Prüfung, ob Anspruch auf IV-Leistungen besteht, sollen diese dem Versicherungsträger und im Beschwerdefall dem Gericht ermöglichen, zu beurteilen, inwieweit die Arbeitsfähigkeit gesundheitsbedingt beeinträchtigt ist und welche Tätigkeiten noch zumutbar sind (vgl. BGE 132 V 93 Erw. 4 S. 99 f. mit Hinweisen; Urteil 8C_371/2013 vom 28.11.2013 Erw. 4.4 mit weiterem Hinweis). Liegen hiezu keine verlässlichen ärztlichen Berichte vor, sind weitere Abklärungen erforderlich, ansonsten der Untersuchungsgrundsatz verletzt wird (vgl. Urteil 8C_892/2013 vom 27.3.2014 Erw. 5.3.1 mit weiteren Hinweisen, u.a. auf SVR 2010 IV Nr. 41 S. 128).

1.4 Nach konstanter Rechtsprechung des Bundesgerichts ist für die richterliche Überprüfungsbefugnis der Zeitpunkt des Verfügungserlasses (hier: 19.5.2017) massgebend, weshalb später ergangene Berichte nur (aber immerhin) dann zu berücksichtigen sind, wenn sie sich zur Entwicklung des Gesundheitszustandes bis zu jenem Zeitpunkt äussern (vgl. Urteil 8C_292/2008 vom 9.4.2009 Erw. 4 mit

Verweis auf BGE 129 V 167 Erw. 1 S. 169, bestätigt u.a. im Urteil 8C_516/2016 vom 27.10.2016 Erw. 4.3; vgl. auch BGE 130 V 138 Erw. 1.2).

2.1 Im vorliegenden Fall ging am 14. Dezember 2016 die IV-Anmeldung der Beschwerdeführerin ein, worauf die Vorinstanz diverse Abklärungen vornahm und namentlich Berichte der behandelnden Ärzte anforderte. Diesen Unterlagen ist u.a. ein von Dr.med. E._____ (Leitender Arzt Innere Medizin/Gastroenterologie, Spital F._____) verfasster Bericht vom 29. Januar 2016 an den Hausarzt Dr.med. H._____ (C._____) zu entnehmen, in welchem nach der ambulanten Konsultation vom 27. Januar 2016 mit Infliximab-Infusion der bisherige Verlauf wie folgt zusammengefasst wurde (IV-act. 5-16/120):

Diagnosen:

1. Morbus Crohn (ED 2007)
 - ASCA positiv
 - Deutliche zirkuläre Wandverdickung im Colon ascendens und Zökopol (Sonographie 12/2012)
 - Schwere ulzeröse Veränderungen im Colon ascendens und transversum mit Lumeneinengung und Pseudopolypenbildung (Ileo-Koloskopie vom 29.05.2013)
 - St.n. Erythema nodosum
 - Substituierter Eisenmangel
 - St.n. Therapie mit Azathioprin von 01/12 bis 09/12 (selbständig abgesetzt trotz klinischer Remission)
 - Infliximab seit 06/13
 - Ungenügender Infliximab-Spiegel ohne Antikörperbildung bei Adherence-Probleme
 - aktuell erneute Crohn-Symptomatik mit rechtsseitige Unterbauchschmerzen und arthritischen Beschwerden
2. Einschränkende Polyarthritis im Rahmen des M. Crohn
 - MRI 01/2013: floride Sakroilitis bds.
 - Aktuell: Arthritische Beschwerden aller grossen Gelenke
3. Wiederholte ekzematöse Hautveränderungen

Anamnese:

Bei der Patientin mit Morbus Crohn bestehen unverändert Adherence-Probleme. Diese sind seit der initialen Diagnosestellung bekannt. Damals wurden wiederholte Notfallbehandlungen mit Steroiden durchgeführt, die Patientin war jedoch mit den jeweiligen Steroidbehandlungen immer unzufrieden aufgrund der Gewichtszunahme. Im Verlauf konnte die Patientin dann für eine immunsuppressive Therapie mit Azathioprin gewonnen werden, diese Behandlung führte auch zu einer klinischen Remission, insbesondere der Gelenksbeschwerden. Selbständig hatte die Patientin die Azathioprin-Therapie wieder abgesetzt und nicht überraschend ist es wieder zu einem Schubereignis gekommen.

Aufgrund eines schweren Schubereignisses mit bereits eingetretener Lumeneinengung haben wir uns dann Mitte 2013 für eine Behandlung mit Infliximab

entschieden. Wir erhofften uns auch die Adherence-Probleme aufgrund der geplanten regelmässigen Konsultationen besser in den Griff zu bekommen.

Unter Infliximab auch vollständige klinische Remission und Normalisierung der Entzündungsparameter. Sonographisch persistierte auch bei klinischer Remission eine Wandverdickung, welche auch für fibrotische Veränderungen spricht. Seit jedoch 2015 hat die Patientin wiederholt Infliximab-Termine versäumt und hat sich erst bei Symptomrezidiv wieder gemeldet. So ist auch der letzte Termin am 05.01.2015 (recte wohl: 05.01.2016) versäumt worden.

Die Patientin hat sich dann aus ihren Ferien für einen rasch möglichen Termin gemeldet, da es wieder zu rasch auftretenden Beschwerden kam.

Aktuell bestehen insbesondere arthritische Beschwerden aller grossen Gelenke (Hüfte, Knie, Handgelenke bds.), ebenfalls betroffen ist das rechte Mandibulargelenk. Die Fingergelenke sind nicht betroffen. Diese Beschwerden sind vor einer Woche plötzlich aufgetreten.

Bezüglich Abdomen bestehen immer noch rechtsseitige Unterbauchschmerzen, neu auch intermittierend minutenanhaltende Schmerzen epigastrisch. Nausea und Erbrechen besteht nicht. Der Stuhlgang sei normal. Einmalig wurde wenig Blut im Urin festgestellt. Das Gewicht stabil, kein Fieber.

(...)

Beurteilung:

Bei der Patientin mit Morbus Crohn bestehen erhebliche Adherence-Probleme. Termine werden immer wieder versäumt, so auch diesmal. Die Patientin war für zwei Monate in den Ferien und hat sich nun aufgrund der schweren Beschwerden wieder gemeldet, damit vereinbar ist auch der CRP-Wert wieder angestiegen.

Die Patientin wurde eindringlich informiert, dass solche wiederkehrende Notfallbehandlungen zu einem schlechteren funktionellen Ergebnis führen und das damit verbundene Auftreten von entzündlichen Veränderungen auch zu chronischen Schäden der Gelenke sowie auch fibrotischen Veränderungen im Darm führen kann.

Darauf angesprochen gab sie an, bei jeweils gutem Befinden lieber keine Medikamente einzunehmen. Ihr wurde erneut die Notwendigkeit der regelmässigen Behandlung anstelle einer intermittierenden Behandlung geschildert. Ebenfalls wurde sie darauf aufgeklärt, dass durch die intermittierenden Behandlungen es zu häufigeren Arzneimittelinteraktionen und auch zu Antikörperbildungen mit Wirkverlust führen kann. Ebenfalls sind dadurch mit höherer Wahrscheinlichkeit Spätkomplikationen zu erwarten.

Wir konnten in der heutigen Konsultation gleich 300 mg Remicade infundieren, aufgrund des fast 11-wöchigen Intervalls in einer vorsichtigen Behandlungszeit mit Prämedikation

Vorschlag zum Prozedere:

Bei bereits nachgewiesenem, zu tiefem Infliximab-Spiegel im 8-Wochenintervall (damals jedoch auch den vorgängigen Termin versäumt), haben wir eine Zwischensättigung vereinbart. Es wurde ein Termin in vier und in sechs Wochen geplant. Bei vollständiger Remission Termin in sechs Wochen, bei noch ungenügendem Ansprechen Termin in vier Wochen. (...)

2.2 Am 24. Februar 2016 erfolgte die nächste ambulante Konsultation im Spital F._____ mit Infliximab-Infusion. Im gleichentags verfassten Bericht teilte Dr.med. E._____ dem Hausarzt Dr.med. H._____ mit, dass die Patientin sich für den früheren Termin gemeldet habe, da sie erneut in die Ferien fahre. Weiter führte der behandelnde Facharzt aus (IV-act. 5-11/120):

Erfreulicherweise besteht jedoch gemäss Angaben eine vollständige klinische Remission mit normalen Stuhlentleerungen bezüglich Frequenz und Konsistenz. Keine Abdominalschmerzen, stabilem, eher zunehmendem Gewicht und vollständiger Beschwerdefreiheit bezüglich der Gelenkbeschwerden.

2.3 Eine weitere ambulante Konsultation erfolgte am 25. April 2016 im Spital F._____ (mit einer Infliximab-Gabe von 300 mg Remicade). Dr.med. E._____ berichtete dem Hausarzt, erfreulicherweise bestehe unverändert eine klinische Remission (normaler Stuhlgang ohne Blutabgänge, keine Abdominalschmerzen, stabiles Gewicht, vgl. IV-act. 5-10/120).

2.4 Bei der nächsten Infliximab-Infusion vom 21. Juni 2016 wurde erneut eine vollständige klinische Remission abdominal und bezüglich arthritischer Beschwerden festgestellt. Dr.med. E._____ wies in seinem Bericht an den Hausarzt darauf hin, dass die Patientin die Prämedikation mit Prednison (trotz entsprechender Aufklärung) verweigert habe (IV-act. 5-9/120).

2.5 Im Bericht zur ambulanten Konsultation vom 24. August 2016 (mit Abdomensonographie und Infliximab-Infusion) informierte Dr.med. E._____ den Hausarzt, dass es der Patientin subjektiv gut gehe (normaler Stuhlgang, stabiles Gewicht, keine Gelenkbeschwerden), indes klage sie seit ungefähr einer Woche über epigastrische Abdominalbeschwerden (nicht wie sie es von früher her kenne, vgl. IV-act. 5-7/120). Im Schreiben vom 6. September 2016 an den Hausarzt ergänzte Dr.med. E._____, es sei nun doch ein verminderter Medikamentenspiegel (Infliximab) nachgewiesen worden; erfreulicherweise liessen sich keine neutralisierenden Antikörper feststellen. Bei erneutem Schubereignis (insbesondere im Kolon transversum) schein eine Dosissteigerung indiziert. Die Patientin werde zu einer vorgezogenen Infliximab-Infusion in 4 Wochen direkt aufgeboten (IV-act. 5-6/120).

2.6 Mit Schreiben vom 21. September 2016 teilte Dr.med. E._____ dem Hausarzt mit, dass bei der gemeinsamen Patientin mit bekanntem Morbus Crohn und lediglich partieller Remission ein verminderter Medikamentenspiegel nachgewiesen und deswegen eine Intervallverkürzung von Infliximab besprochen worden sei. Zum für den 21. September 2016 vereinbarten Termin sei die Patientin nicht erschienen (IV-act. 5-1/120).

2.7 Am 30. November 2016 folgte die nächste ambulante Konsultation im Spital F._____ mit Infliximab-Infusion. Dr.med. E._____ berichtete dem Hausarzt, bei der Patientin mit bekanntem Morbus Crohn und Crohn-assoziierten Polyarthritiden bestehe eine schlechte Adherence. Bereits im Sommer sei aufgrund von epigastrischen Abdominalbeschwerden sonographisch eine signifikante Wandverdickung im Kolon transversum nachgewiesen worden. In einer Infliximab-Spiegel-Bestimmung habe ein deutlich zu tiefer Infliximab-Spiegel bei negativen Antikörpern nachgewiesen werden können. Es sei eine Dosisintensivierung besprochen und geplant gewesen, leider sei die Patientin erneut für wiederholte Termine nicht erschienen. Erst bei Auftreten von signifikanten Beschwerden habe sich die Patientin für eine erneute Infliximab-Gabe gemeldet. Zu diesem Zeitpunkt sei (in Abwesenheit von Dr.med. E._____) bei erhöhten Entzündungswerten auf die Infliximab-Infusion verzichtet worden. Daraufhin habe die Patientin eine Infliximab-Behandlung in L._____ geplant, was gemäss Angaben der Patientin vor 2 Wochen erfolgt sei (allerdings würden keine Unterlagen vorliegen und habe dies lediglich für 3 Tage zu Beschwerdefreiheit geführt). Dr.med. E._____ betonte, dass er die Patientin (erneut) eindringlich über die Notwendigkeit einer regelmässigen und geplanten Behandlung informiert habe, ansonsten mit einer Verschlechterung der intestinalen Crohn-Beschwerden und auch der extraintestinalen Crohn-Beschwerden zu rechnen sei (mit Komplikationen). Ein erneuter Konsultationstermin sei in einem Monat vereinbart worden (IV-act. 8-5f./6).

2.8 Nach der ambulanten Konsultation vom 4. Januar 2017 berichtete Dr.med. E._____ dem Hausarzt von einem erfreulichen Verlauf mit vollständiger Besserung der Gelenkbeschwerden und nur noch selten, wenig intensive, krampfartige Abdominalbeschwerden, ungefähr alle drei Tage. Es sei vorläufig eine Weiterführung der 4-wöchentlichen Infliximab-Gaben geplant (IV-act. 10-2/5).

2.9 Am 30. Januar 2017 teilte die Versicherte Dr.med. E._____ per Email was folgt mit (IV-act. 10-4/5):

Gerne möchte ich Ihnen mitteilen, dass ich eine neue Naturheilbehandlung begonnen habe. Seit ca. 3 Monaten führe ich diese Behandlung und möchte es weiter führen.

Für die Behandlung bei Ihnen im Spital möchte ich eine Pause legen und die Naturheilbehandlung beobachten.

Den Termin am 1. Februar 2017 bitte ich Sie zu annullieren.

Ich fühle mich momentan gesund und schmerzlos. (...)

In der Antwort vom 31. Januar 2017 riet Dr.med. E. _____ der Versicherten davon ab, die bisherige medikamentöse Behandlung zu unterbrechen. Remicade müsse regelmässig über einen längeren Zeitraum verabreicht werden, um eine optimale Wirkung zu erbringen. Aktuell würden sich viele Hinweise für eine aktive Entzündung in ihrem Darm finden. Falls die Remicadebehandlung unterbrochen werde, sei es gut möglich, dass sich die Entzündung wieder verschlechtere (im schlimmsten Fall nicht mehr kontrollierbar). Abschliessend empfahl Dr.med. E. _____, beide Behandlungsmöglichkeiten parallel zu nutzen (IV-act. 10-4/5).

2.10 In einem Kurzbericht vom 6. Februar 2017 beantwortete der Hausarzt Dr.med. H. _____ einen Fragenkatalog der IV-Stelle u.a. dahingehend, dass er die Versicherte seit 2007 behandle (letzte Kontrolle am 8.11.2016), dass ein Morbus Crohn (ED 2007) vorliege mit ungenügender Therapiecompliance (nur unregelmässig Remicade-Infusionen). Gemäss seinen Aufzeichnungen sei die Versicherte Mitarbeiterin der Firma G. _____; die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar, mit nicht vorhersehbaren Unterbrüchen bei Exazerbation des Morbus Crohn; gemäss Bericht der Patientin gehe es ihr derzeit gut (IV-act. 10-1/5).

2.11 Der RAD-Facharzt für Allgemeine Innere Medizin I. _____ nahm am 21. Februar 2017 eine Beurteilung der medizinischen Akten vor. Unter Hinweis auf die Berichte des Gastroenterologen des Spitals F. _____ vom 4. Januar 2017 und des Hausarztes Dr.med. H. _____ vom 6. Februar 2017 veranschlagte der RAD-Arzt für den aktuellen Zeitpunkt eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit; der weitere Verlauf bleibe abzuwarten und sei sicher auch von der Therapie-Adherence abhängig (IV-act. 12-5/5).

2.12 Mit Schreiben vom 11. April 2017 an die IV-Stelle korrigierte der Hausarzt Dr.med. H. _____ seinen Bericht vom 6. Februar 2017 dahingehend, dass die Versicherte nie bei der Firma G. _____ gearbeitet habe; es liege eine Verwechslung vor, da die Mutter der Versicherten dort arbeite. Die Patientin habe ausgeführt, seit dem Lehrabschluss aus Krankheitsgründen nie mehr gearbeitet zu haben; die Lehrabschlussprüfung habe sie zwar schulisch bestanden, die entsprechenden Lehrstellen jedoch vorzeitig verloren. Bei der Regionalen Arbeitsvermittlung (RAV) habe sie sich nicht gemeldet, da sie „ja immer krank gewesen sei“. Tatsächlich sei es so, dass die regelmässige Therapie mit Remicade bei Dr.med. E. _____ seitens der Patientin abgebrochen worden sei. Sie sei nach L. _____ gereist und habe sich dort erneut abklären lassen. Der Gastroenterologe gelangte zum gleichen Ergebnis: aktiver Morbus Crohn. Abschliessend hielt der Hausarzt fest (IV-act. 16):

Des Weiteren gibt die Patientin an, dass die chronische Erkrankung sie psychisch destabilisiere. Sie sei deshalb nicht in der Lage, eine regelmässige Therapie zu befolgen. Genau dies habe ich ihr im Gespräch vom 10.4.17 jedoch ganz ausdrücklich empfohlen.

2.13 Daraufhin erkundigte sich die IV-Stelle am 13. April 2017 beim Hausarzt, ob und inwieweit eine fachärztliche Behandlung wegen der geltend gemachten psychischen Destabilisierung aktuell durchgeführt werde (IV-act. 17-1/4). In der Antwort vom 21. April 2017 bestätigte der Hausarzt, dass aktuell keine psychiatrische Behandlung stattfinde (IV-act. 18). Eine solche psychiatrische Behandlung wurde auch in den Einwänden der beanwalteten Versicherten vom 4. Mai 2017 zum Vorbescheid vom 7. März 2017 nicht vorgebracht. Stattdessen wurde darauf hingewiesen, dass die Versicherte seit dem 15. April 2017 in L._____ eine neue (rund 6 Monate dauernde) Behandlung beim Professor für Innere Medizin/ Gastroenterologie Dr. J._____ (mit Infliximab + Azathiopurine) begonnen habe (mit 2 Wochen stationärem Aufenthalt in L._____ und regelmässigen Kontrollen in L._____, vgl. IV-act. 19-6/11).

2.14 In der Replik vom 14. August 2017 (S. 3) wurde unter Hinweis auf ein ärztliches Zeugnis von Dr.med. K._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, F._____) vom 11. Juli 2017 argumentiert, dass die Versicherte seit dem 20. März 2017 (und mithin seit rund 2 Monaten vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2017) psychiatrisch behandelt werde. Es gehe um die Aufarbeitung der Erkrankung (M.Crohn), um den Umgang mit dieser Erkrankung, Compliance-Förderung, Ablösung vom Elternhaus, Artikulation bestehender psychischer Belastungen mit depressiven, ängstigenden und somatisierenden Anteilen sowie Aufarbeitung aggravierender und entwicklungspsychologischer Aspekte. Aufgrund der für die Versicherte subjektiv unlösbaren Situation, der latenten Suizidgedanken und der bestehenden Hilflosigkeit sei eine Unterstützung zur Eingliederung in den Arbeitsprozess mit Coaching, Übungs-Trainingsarbeitsplatz, Reflexionsmöglichkeiten durch professionelle Helfer aus medizinischer Sicht ebenso notwendig wie eine psychotherapeutische Begleitung (vgl. Bf-act. 5).

2.15 In der Eingabe vom 25. August 2017 korrigierte der Rechtsvertreter der Versicherten, dass der Behandlungsbeginn beim Psychiater Dr.med. K._____ irrtümlich per 20. März 2017 angegeben worden sei. Richtig sei, dass das Erstgespräch beim Psychiater am 17. Mai 2017 und damit 2 Tage vor Erlass der angefochtenen Verfügung stattgefunden habe (mit weiteren Terminen am 23. Mai 2017, 1. Juni 2017, 14. Juni 2017 und 21. Juni 2017, vgl. Bf-act. 3).

3.1 Bei dieser Sachlage verhält es sich so, dass schon vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2017 relevante Anhaltspunkte für psychische Beeinträchtigungen vorlagen, welche der Versicherten schliesslich Anlass gaben, kurz vor Erlass dieser Verfügung eine psychiatrische Behandlung bei Dr.med. K. _____ aufzunehmen. Im Einklang damit steht sodann auch, dass bereits im August 2010 ein psychiatrisches Konsilium beim Sozialpsychiatrischen Dienst (SPD _____) eingeholt wurde. Damals stellte Dr.med. M. _____ die Diagnose eines leicht depressiven Zustandsbildes (ICD-10 F32.0) bei Status nach Paracetamolintoxikation vom 15./16.8.2010 in suizidaler Absicht (ICD-10 X60) bei Morbus Crohn (Erstdiagnose 2007, vgl. IV-act. 5-104f./120; siehe auch IV-act. 5-64/120 = Spitalbericht vom 23.5.2013, wonach die Versicherte ihre schlechte Compliance mit „starken Stimmungsschwankungen“ begründete, „die sie selber nicht kontrollieren“ könne).

3.2 Nachdem praxisgemäss die gerichtliche Überprüfung sich auf den Sachverhalt erstreckt, wie er sich bis zum Erlass der streitigen Verwaltungsverfügung (vom 19.5.2017) verwirklicht hat, kann hier über einen allfälligen Leistungsanspruch grundsätzlich erst nach Vorliegen entsprechender psychiatrischer Abklärungen materiell entschieden werden, zumal nach der Aktenlage nicht auszuschliessen ist, dass die aktenkundigen, im Kontext mit der M.Crohn-Erkrankung aufgetretenen Adherence-Probleme (d.h. eine teilweise Therapie-Malcompliance) durch ein psychiatrisches Beschwerdebild (mit)geprägt werden. Ob und inwieweit ein IV-relevanter psychischer Gesundheitsschaden vorliegt, ist durch ein entsprechendes psychiatrisches Konsilium zu klären, was von der Vorinstanz nachzuholen ist. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass die Vorinstanz hinsichtlich des Verzichts auf Durchführung einer psychiatrischen Abklärung vor Erlass der angefochtenen Verfügung an sich kein Vorwurf trifft, weil sie am 13. April 2017 ausdrücklich beim Hausarzt nachfragte, ob hinsichtlich der gemeldeten psychischen Destabilisierung eine psychiatrische Behandlung aufgenommen worden sei (IV-act. 17-1/4), was mit Mitteilung des Hausarztes (Eingang bei der IV-Stelle am 24.4.2017) verneint wurde (vgl. IV-act. 18). Demgegenüber ist der Versicherten vorzuhalten, dass sie in Kenntnis des Vorbescheides vom 7. März 2017 (= IV-act. 13-1/4) und ihrer Einwände vom 4. Mai 2017 (= IV-act. 19) täglich mit dem Erlass der vorinstanzlichen Verfügung über den geltend gemachten Leistungsanspruch rechnen musste, weshalb es ihre Sache gewesen wäre, die IV-Stelle umgehend über Änderungen im Sachverhalt (in casu: Aufnahme einer psychiatrischen Behandlung) zu informieren. Dies gilt erst recht, wenn sie sich bereits einige Zeit (Tage) vor dem Erstgespräch vom 17. Mai 2017 um einen ersten Termin beim Psychiater

Dr.med. K._____ bemühte (zumal nicht anzunehmen ist, dass die Versicherte am 17. Mai 2017 Dr.med. K._____ ohne vorgängige Terminabsprache aufsuchte und auch gleichentags empfangen wurde). Diese konkreten Umstände sind bei der Regelung der Kosten- und Entschädigungsfolgen mitzubersichtigen.

3.3 Zusammenfassend ist die Beschwerde insoweit teilweise gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie nach Durchführung der psychiatrischen Zusatzabklärung neu über den Leistungsanspruch verfügen kann. Dabei wird es (vor Erlass der neuen Verfügung) zum einen geboten sein, hinsichtlich der M.Crohn-Erkrankung den weiteren Verlauf (mit aktuellem Bericht) einzubeziehen. Zum andern ist die Versicherte aufzufordern, ihre Auslandsaufenthalte seit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit als Verkäuferin bei der Firma D._____ per 17. September 2015 (IV-act. 11-3/6) lückenlos zu dokumentieren, zumal nicht auszuschliessen ist, dass die Schwierigkeiten der Versicherten hinsichtlich einer beruflichen Wiedereingliederung in einem Zusammenhang damit stehen, dass sie regelmässig in ihrem Heimatland weilt und insoweit für den schweizerischen Arbeitsmarkt gar nicht zur Verfügung steht (siehe auch die Hinweise der behandelnden Ärzte, wonach die Versicherte vereinbarte Behandlungstermine nicht einhielt, wobei mutmasslich diesbezüglich jeweilige Auslandsaufenthalte eine Rolle spielten, vgl. IV-act. 5-17/120 [Bericht vom 29.1.2016: „für zwei Monate in den Ferien“], IV-act. 5-1/120 [Bericht vom 21.9.2016: „zum vereinbarten Termin ist die Patientin nicht erschienen“] IV-act. 5-65/120; IV-act. 5-74/120; IV-act. 108/120; IV-act. 109/120; IV-act. 8-5/6; IV-act. 10-4/5).

4. Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten zu 4/5 der Vorinstanz und zu 1/5 der Beschwerdeführerin auferlegt (wobei der Kostenanteil der Beschwerdeführerin mit den Ausführungen in Erwägung 3.2 in fine begründet werden). Analog wird der beanwalteten Beschwerdeführerin lediglich eine reduzierte Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz zugesprochen. Das Honorar wird nach dem Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebT, SRSZ 280.411) bemessen. § 2 des Gebührentarifs sieht als Bemessungskriterien die Wichtigkeit der Streitsache, ihre Schwierigkeit, den Umfang und die Art der Arbeitsleistung sowie den notwendigen Zeitaufwand vor. Das Honorar beträgt für die Vertretung vor Verwaltungsgericht Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- (§ 14 GebT). Eine allfällige Kostennote ist zu spezifizieren und vor Fällen des Entscheides einzureichen; andernfalls wird die Vergütung nach freiem Ermessen festgesetzt (§ 6 Abs. 1 GebT). In Anbetracht all dieser Aspekte (inkl. Erwägung 3.2 in fine) wird das reduzierte Honorar ermessensweise auf Fr. 1'850.-- festgesetzt.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit teilweise gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie nach Durchführung der Zusatzabklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch neu verfügen kann. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Vorinstanz zu 4/5 (Fr. 400.--) und der Beschwerdeführerin zu 1/5 (Fr. 100.--) auferlegt. Dies wird zahlungsverkehrsmässig so umgesetzt, dass das Gericht den von der Beschwerdeführerin bezahlten Kostenvorschuss von Fr. 500.-- einbehält und die Vorinstanz dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin noch Fr. 400.-- zu bezahlen hat.
3. Der beanwalteten Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 1'850.-- zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG, SR 173.110).
5. Zustellung an:
 - den Vertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern (A, z.K.).

Schwyz, 18. September 2017

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

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

Versand: 19. September 2017