

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2018 72

## Entscheid vom 14. Dezember 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 Prof.Dr.iur. B. \_\_\_\_\_,

**gegen**

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (geb. \_\_\_\_\_ 1969, von C.\_\_\_\_\_, verheiratet und Mutter von 2 erwachsenen Kindern) reiste 1985 in die Schweiz ein. Vor der IV-Anmeldung im April 2008 hatte sie als Reinigungshilfe gearbeitet. Mit Verfügung vom 7. Juli 2010 gewährte die IV-Stelle (u.a. gestützt auf ein nach zwei Diskushernienoperationen eingeholtes medizinisches Gutachten vom 26. Januar 2010 von Dr.med. E.\_\_\_\_\_ und Dr.med. F.\_\_\_\_\_ = IV-act. 66) für den Zeitraum vom 1. Mai 2008 bis zum 31. Mai 2009 auf der Basis eines ermittelten IV-Grades von 51% eine halbe IV-Rente (IV-act. 79). Eine dagegen erhobene Beschwerde (mit dem Begehren um Zusprechung einer unbefristeten Rente) hat das Verwaltungsgericht mit Entscheid VGE I 2010 140 vom 19. Januar 2011 abgewiesen (vgl. IV-act. 93). Dieser Entscheid ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

**B.** Mit Eingabe des Hausarztes Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (Allgemeine Medizin FMH, \_\_\_\_\_) vom 8. Juni 2011, welche von A.\_\_\_\_\_ mitunterzeichnet worden ist (IV-act. 98), wurde um eine erneute Abklärung ersucht. Mit Vorbescheid vom 15. Juli 2011 kündigte die IV-Stelle an, auf das neue Leistungsbegehren nicht einzutreten (vgl. IV-act. 100). Daraufhin liess A.\_\_\_\_\_ am 12. und 14. September 2011 Einwände erheben bzw. berufliche Massnahmen und/oder Integrationsmassnahmen beantragen, wobei auf einen erlittenen Autounfall vom 30. August 2011 in D.\_\_\_\_\_ hingewiesen wurde (IV-act. 103, 105). In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Abklärung. Das von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (Fallführung/ FMH Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie), Dr.med. I.\_\_\_\_\_ (FMH Neurologie) und Dr.med. J.\_\_\_\_\_ (FMH Psychiatrie/ Psychotherapie) unterzeichnete K.\_\_\_\_\_ -Gutachten datiert vom 30. August 2012 (vgl. IV-act. 133). Gestützt darauf verfügte die IV-Stelle am 13. November 2012, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (IV-act. 141). Eine dagegen von A.\_\_\_\_\_ erhobene Beschwerde hat das Verwaltungsgericht mit Entscheid VGE I 2012 152 vom 16. Mai 2013 abgewiesen (IV-act. 151). Dieser Entscheid ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

**C.** Am 19. Mai 2014 meldete sich A.\_\_\_\_\_ erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 154, 156). Mit Vorbescheid vom 2. Juni 2014 teilte die IV-Stelle sinngemäss mit, sie beabsichtige, auf dieses Leistungsbegehren nicht einzutreten (IV-act. 161). Dagegen opponierte A.\_\_\_\_\_ in einer Eingabe vom 23. Juni 2014 (IV-act. 163). Vom 18. Dezember 2014 bis 29. Januar 2015 sowie vom 1. September 2015 bis 2. Oktober 2015 hielt sich A.\_\_\_\_\_ in der Psychiatrischen Klinik U.\_\_\_\_\_ auf (IV-act. 180, 194-52/65). Die IV-Stelle veranlasste

eine interdisziplinäre Abklärung. Die Verlaufsbeurteilung wurde vom Ärztlichen Beurteilungsinstitut (K.\_\_\_\_\_) vorgenommen (IV-act. 182). Das K.\_\_\_\_\_-Gutachten wurde am 4. Januar 2016 erstattet (IV-act. 194). Mit Vorbescheid vom 3. März 2016 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch auf eine IV-Rente (IV-act. 196). Der von A.\_\_\_\_\_ beigezogene Rechtsvertreter reichte ein Gesuch um Gewährung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes ein, welches mit Vorbescheid vom 13. April 2016 abschlägig beantwortet wurde (IV-act. 205). Mit Verfügung vom 10. Mai 2016 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch; zudem wies sie das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsbeistandung ab (IV-act. 206). Eine dagegen erhobene Beschwerde hat das Verwaltungsgericht mit Entscheid I 2016 66 vom 20. Januar 2017 insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zur ordnungsgemässen gutachtlichen Abklärung an die Vorinstanz zurückgewiesen wurde (IV-act. 216). Vom 30. Dezember 2016 bis zum 9. Februar 2017 folgte die 3. Hospitalisation von A.\_\_\_\_\_ in der Klinik U.\_\_\_\_\_ (IV-act. 217).

**D.** Mit Schreiben vom 29. September 2017 teilte die IV-Stelle mit, dass die Kosten für eine weitere polydisziplinäre medizinische Untersuchung übernommen werden (IV-act. 224). Der Beurteilungsauftrag wurde der Gutachterstelle V.\_\_\_\_\_ zugewiesen. Mit Schreiben vom 10. November 2017 wurden die Fachdisziplinen und Namen der Gutachter mitgeteilt (IV-act. 231). Das Gutachten wurde am 21. März 2018 fertiggestellt und ging am 22. März 2018 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 237). Am 23. April 2018 nahm der RAD-Arzt Dr.med. L.\_\_\_\_\_ zum Gutachten Stellung und empfahl, auf die Beurteilungsergebnisse abzustellen (IV-act. 238-9/9). Mit Vorbescheid vom 25. April 2018 kündigte die IV-Stelle an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 239). Dagegen liess A.\_\_\_\_\_ am 14. Mai 2018 sowie am 14. Juni 2018 Einwände erheben (IV-act. 241 und 243).

**E.** Mit Verfügung vom 4. Juli 2018 hielt die IV-Stelle daran fest, dass der ermittelte IV-Grad 34% betrage und damit kein Anspruch auf eine IV-Rente bestehe, weshalb das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 245).

**F.** Gegen diese Verfügung liess A.\_\_\_\_\_ (unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes nach Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG i.V.m. Art. 60 ATSG) rechtzeitig am 29. August 2018 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 04.07.2018 aufzuheben und die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

2. Alles unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin und unter Gewähren der unentgeltlichen Rechtspflege und Rechtsverteidigung.

**G.** Mit Vernehmlassung vom 17. September 2018 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin.

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

**1.1** Nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) 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

- 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** 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 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. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3.A., Art. 28a N 27).

**1.3** Die Invalidität bemisst sich somit nicht nach medizinischen, sondern nach wirtschaftlichen, erwerblichen Kriterien, nach der Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist das Unvermögen, auf dem gesamten für die versicherte Person in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 25 Erw. 3d; 106 V 86 Erw. 2b; 105 V 139 Erw. 1c; 98 V 166 Erw. 2). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 Erw. 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 Erw. 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. 53-57 IVG N 10 mit Verweis auf BGE 122 V 157 Erw. 1a).

**1.5.1** Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 Erw. 4).

**1.5.2** In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; 122 V 157 Erw. 1c). Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialisten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist regelmässig volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 Erw. 1.3.4 mit Hinweis).

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).

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

**1.5.4** In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: Sache des (begutachtenden) *Mediziners* ist es erstens, den *Gesundheitszustand zu beurteilen* und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu *beschreiben*, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die *Befunde* zu erheben und gestützt darauf die *Diagnose* zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind (z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C\_437/2012 vom 6.11.2012 Erw. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr *nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung*, d.h. sie gibt eine *Schätzung* ab, welche sie aus ihrer Sicht so 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 (so die mit BGE 105 V 156 Erw. 1 S. 158 f. begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 Erw. 4).

**1.5.5** 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 des Bundesgerichts I 676/05 vom 13.3.2006 Erw. 2.4 mit Verweis auf die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: SAeZ 2004 S. 1050 f.).

**1.6** 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 der Versicherten sind den vorliegenden Akten nach dem letzten Gerichtssentscheid (VGE I 2016 66 vom 20.01.2017) u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben zu entnehmen.

**2.1** Im Austrittsbericht der Klinik U. \_\_\_\_\_ vom 15. Februar 2017, welcher die (3.) Hospitalisation in dieser Klinik vom 30. Dezember 2016 bis zum 9. Februar 2017 betrifft, wurden folgende Diagnosen aufgeführt (IV-act. 217-3/6):

- F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
- F44.7 Dissoziative Störung (Konversionsstörungen), gemischt
- F43.1 Vd.a. posttraumatische Belastungsstörung
- F45.40 Vd.a. anhaltende somatoforme Schmerzstörung

#### **Somatische Diagnosen**

Heterozygote Faktor-V-Leiden-Mutation

- St.n. rezidivierenden Thrombophlebitiden 2009 bis 2011

Restless legs Syndrom

St.n. innerem Rektumprolaps mit Z.n. Gummibandbehandlung

St.n. hämorrhagischem Schock bei Vd.a. EUG (08/12) unter Marcumar mit/bei:

- St.n. medianer Laparotomie, Wundinfekt und Nahtdehiszenz mit intraperitonealer Netzplastik (07/13)

St.n. laparoskopischer Gastric sleeve vom 2.10.2014 bei Adipositas Grad III

- Folgekrankheiten: Gastrooesophageale Refluxkrankheit, OSAS

St.n. zweimaliger Diskushernien-Operation 2007 und 2008 mit:

- Aktuell: persistierendes lumbales Schmerzsyndrom

Für den Austrittszeitpunkt wurde eine Arbeitsfähigkeit von 0% veranschlagt, derweil die Beurteilung für die kommende Zeit durch die Nachbehandler vorzunehmen sei (IV-act. 217-4/6).

**2.2** Zur Wiederaufnahme einer ambulanten Behandlung beim W. \_\_\_\_\_ ab 16. Februar 2017 verfasste die zuständige Fachpsychologin lic.phil. M. \_\_\_\_\_ einen Bericht, welcher folgende psychiatrischen Diagnosen enthält (IV-act. 221-299/299):

- Rezidivierende depressive Störung
  - unter aktueller Medikation teilremittiert, gegenwärtig mittelgradig depressive Episode (ICD-10, F33.1), ohne psychotische Symptome
- Anamnestisch dissoziative Störung (Konversionsstörungen), gemischt (ICD-10 F44.7)
- Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)
- Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Des Weiteren wurde im Bericht u.a. festgehalten, dass die Versicherte nach eigenen Angaben sich dank der neuen Medikation wesentlich ruhiger fühle und sich besser von ihren Ängsten distanzieren könne (IV-act. 221-298/299).

**2.3** Der Hausarzt Dr.med. N. \_\_\_\_\_ (allgem. Innere Medizin, \_\_\_\_\_) berichtete dem Rechtsvertreter der Versicherten am 29. Juni 2017 unter anderem, dass die Versicherte weder in der Lage sei, ihren Haushalt vollständig zu führen, noch eine Erwerbstätigkeit in der freien Wirtschaft oder in einem geschützten Rahmen auszuüben. Die Gründe dafür seien multifaktoriell, körperlich und psychologisch, psychiatrisch begründet. Prognostisch sei davon auszugehen, dass sich daran nichts ändern werde (IV-act. 222-2/2).

**2.4.1** In der Folge wurde die Versicherte durch folgende Fachärzte der ausgelosten Gutachterstelle (V. \_\_\_\_\_) untersucht und beurteilt (IV-act. 237-7/146):

- 23.01.2018 Dr.med. O. \_\_\_\_\_ (FMH Allgem. Innere Medizin)
- 07.02.2018 Dr.med. P. \_\_\_\_\_ (FMH Neurologie)
- 26..02.2018 Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ (FMH Psychiatrie & Psychotherapie)
- 28.02.2018 Dr.med. R. \_\_\_\_\_ (FMH Rheumatologie & Innere Medizin)
- 05.03.2018 PD Dr.Dr.med. S. \_\_\_\_\_ (FMH Chirurgie)
- 05.03.2018 Dr.med. T. \_\_\_\_\_ (FMH Angiologie)

**2.4.2** Dem Gutachten vom 21. März 2018 sind folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (IV-act. 237-96ff./146):

1. Lumbovertebralsyndrom mit linksseitiger ischialgiformer Schmerzsymptomatik und residuellem sensiblen Ausfallsyndrom S1 links
  - Diskrete rechtskonvexe Skoliose lumbal, Osteochondrose und mögliche Spondylarthrosen LWK5/SWK1 (CX\* LWS 06.03.2018)

- Ausgeprägter Osteochondrose LWK5/SWK1 und mediolateral rechtsseitiger Rezidivhernie mit kaudaler Vorwölbung Kompression Wurzel S1 rechts, linksseitig breitbasiger Diskusprotrusion mit Kontakt zur Wurzel S1 links sowie St.n. Dekompression und entsprechend epiduralen Vernarbungen im Segment LWK5/SWK1, breitbasis rechtsbetonter Diskushernie mit Kontakt zur Wurzel L5 rechts LWK4/5, geringer Diskusprotrusion LWK2/3 (MR LWS 06.07.2012)
  - St.n. Dekompression mit Sequesternukleotomie über interlaminäre Fenestrierung LWK5/SWK1 links bei lumboradikulärem Reizsyndrom S1 links bei medianer Diskushernie LWK5/SWK1 bei Diskusdegeneration 26.11.2007
  - St.n. Re-Dekompression LWK5/SWK1 beidseits sowie Diskektomie beidseits bei Lumboischialgie links mit radikulärer Schmerzausstrahlung L5 und S1 links bei Rezidivdiskushernie LWK5/SWK1 am 15.12.2008
2. Intermittierende Episoden mit Konzentrationsstörung verbunden mit dem Gefühl das Bewusstsein zu verlieren, gemäss Unterlagen dissoziativ bedingt ICD-10: R41.9, F44.5
  3. Rezidivierende depressive Störung, ggw. leichte Episode (ICD-10: F33.0)
  4. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)
  5. Chronische Brachialgie beidseits mit am ehesten pseudoradikulären Dysästhesien in beiden Unterarmen und Taubheitsgefühl in den Fingern der linken Hand sowie intermittierender zervikozephaler Schmerzkomponente links
    - Konventionell radiologisch und im MRT unauffällige Befunde (MR HWS 15.06.2012, CX HWS 11.05.2012 und 06.03.2018)
    - Betonte Kyphose zervikothorakal mit Protraktionsstellung der Schultern und des Kopfes

**Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:**

6. Intermittierend Kopfschmerzen vom Spannungstyp  
ICD-10: G44.2
7. Feinschlägig distal betonter Haltetremor beidseits  
DD:Medikamentös bedingt (Valproat)  
ICD-10: G25.1
8. Hypalgesie im Bereich der linken oberen Extremität unklarer Ätiologie  
ICD-10: R20.8
9. Knieschmerzen linksbetont
  - Anamnestisch St.n. Ergussabpunktion Knie links
  - Unauffällige MRI-Untersuchung des linken Kniegelenkes bis auf Ganglion dorsal des hinteren Kreuzbandes (MR 13.06.2017), klinisch Hinweise für Chondropathia patellae beidseits bei jedoch unauffälliger Darstellung des Knorpels retropatellar im MRI
10. Unklares abdominales Schmerzsyndrom verschiedener Lokalisationen ohne erkennliche organische Zuordnung bei
11. Status nach multiplen offenen und laparoskopischen Abdominaleingriffen
  - Laparotomien bei retroperitonealer Blutung unter Antikoagulation
  - Narbenhernienplastik in IPOM-Technik

- Laparoskopische Sleeve-Gastrektomie bei Adipositas III°
  - Laparoskopische suprazervikale Hysterektomie und Sakropexie
12. Status nach posteriorer Kolporrhaphie und Levatorplastik
  13. Status nach Inzision eines Mammaabszesses bei nonpuerperaler Mastitis rechts
  14. Adipositas bei sekundärer Gewichtszunahme nach Sleeve-Gastrektomie
  15. Gastroösophagealer Reflux
  16. Asymptomatische Cholezystolithiasis
  17. Fraglicher interner Rektumprolaps
  18. St.n. rezidivierenden tiefen Beinvenenthrombosen, laut Akten 2009-2011
    - Unter oraler Antikoagulation mit Xarelto
  19. Leichte Lipödeme beidseits
  20. Formale periphere arterielle Verschlusskrankheit im Stadium I beidseits
    - Fehlende Fusspulse beidseits
    - Leicht pathologische Zehenoszillographien beidseits

**2.4.3** Zur Frage der zumutbaren Arbeitsfähigkeit nahmen die Gutachter differenziert Stellung.

Aus neurologischer Sicht hielt der Gutachter Dr.med. P.\_\_\_\_\_ fest, dass die Diagnose chronisches Lumbovertebralsyndrom mit ischialgiformer Schmerzsymptomatik links und residuellem Ausfallsyndrom S1 sowie sehr wahrscheinlich dissoziativ bedingter Bewusstseinsstörung die Arbeitsfähigkeit dahingehend beeinflusse, dass schwere körperliche Tätigkeiten sowie rein stehende und gehende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. Sodann sollten Arbeiten auf Leitern, Gerüsten sowie an gefährlichen Maschinen vermieden werden. Rückenadaptierte Tätigkeiten in abwechslungsreicher Stellung könnten der Versicherten ganztags zugemutet werden, wobei angesichts eines erhöhten Pausenbedarfs von einer Arbeitsfähigkeit in entsprechend adaptierten Tätigkeiten von 80% auszugehen sei (IV-act. 237-100/146).

Der begutachtende Psychiater Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ veranschlagte aufgrund der leichten depressiven Episode (Anhedonie, Reduktion der Konzentration und des Gedächtnisses, Grübeln, Reduktion des Antriebs und der Interessen) sowie aufgrund der Schmerzen eine Leistungseinschränkung von 30% (IV-act. 237-100f./ 146). Durch die zusätzliche Verdachtsdiagnose der dissoziativen Krampfanfälle sei ferner keine Arbeit in hohen Höhen, kein Bedienen von Maschinen und kein Führen von Fahrzeugen zu empfehlen. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit zeige sich auch im durchgeführten Mini-ICF-APP-Rating-Bogen, wo mittelgradige Beeinträchtigungen bei Anwendung fachlicher Kompetenzen und der Durchhaltefähigkeit gefunden worden seien (IV-act. 237-101/146 oben).

Die begutachtende Rheumatologin Dr.med. R.\_\_\_\_\_ pflichtete der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung im letzten interdisziplinären K.\_\_\_\_\_ -Gutachten bei, wonach in leichten bis intermittierend wechselbelastenden, rückenadaptierten Arbeiten mit der Möglichkeit, selbständig die Arbeitsposition regelmässig zu wechseln (und ohne längeres fixierte Sitzen oder Stehen und ohne stereotype Rotationsbewegungen des Achsenskeletts, ohne Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneigeposition) eine Arbeitsfähigkeit von 100% vorliege, sofern Arbeiten in mehrheitlicher Schulterneutralposition durchgeführt würden.

Der begutachtende Chirurg (PD Dr.Dr.med. S.\_\_\_\_\_) sowie der begutachtende Angiologe (Dr.med. T.\_\_\_\_\_) veranschlagten aus ihrer Fachrichtung aktuell keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 237-102/146).

Gesamtmedizinisch fassten die Gutachter im Rahmen einer Konsensbesprechung das Ergebnis dahingehend zusammen, dass in einem möglichen Arbeitsprofil diverse qualitative Einschränkungen bestehen würden (IV-act. 237-102/146):

Schwere körperliche Tätigkeiten sowie rein stehende und gehende Tätigkeiten sind der Explorandin nicht mehr zumutbar. Ebenfalls sollten Arbeiten auf Leitern und Gerüsten bzw. mit Absturzgefahr sowie Arbeiten an gefährlichen Maschinen vermieden werden.

In einer entsprechend adaptierten leichten bis intermittierend rückenadaptierten wechselbelastenden Tätigkeit kann der Versicherten eine Einschränkung von 30% bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitsvolumen attestiert werden.

**2.5** Der RAD-Arzt Dr.med. L.\_\_\_\_\_ erachtete in seiner Stellungnahme vom 23. April 2018 das aktuellste MEDAS-Gutachten als nachvollziehbar, weshalb darauf abzustellen sei. Das Hauptproblem der Versicherten hinsichtlich Vermittelbarkeit/ Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit sei IV-fremder Natur; es werde von einer ganz einfachen Persönlichkeitsstruktur dominiert (ohne Ausmass einer Persönlichkeitsstörung) in Kombination mit einem Analphabetismus (IV-act. 238-9/9).

**3.1** Dieser Einschätzung des erwähnten RAD-Arztes ist vollumfänglich beizupflichten. Das vorliegende MEDAS-Gutachten vom 21. März 2018 erweist sich als nachvollziehbar und überzeugend. Es wurde in Kenntnis der relevanten Invalidenversicherungsakten erstellt (vgl. IV-act. 237-9/146 bis 237-26/146). Es gründet auf umfangreichen anamnestischen Erhebungen, welche die einzelnen Gutachter vorgenommen haben (IV-act. 237-27ff./146; 237-32ff./146; 237-46ff./146; 237-62ff./146; 237-81ff./146; 237-88f./146). Es enthält eine umfassende Darstellung der geklagten Beschwerden, jeweils aufgezeichnet an den fachärztlichen Untersuchungen an fünf verschiedenen Tagen (vgl. IV-act. 237-

29f./146; 237-32ff./146; 237-46/146; 237-65f./146; 237-83f./146; 237-88/146). Es werden die erhobenen Befunde in den jeweiligen Fachrichtungen im Einzelnen aufgeführt und die Schlussfolgerungen/ Beurteilungen detailliert kommentiert. Das vorliegende MEDAS-Gutachten erweist sich für die streitigen Belange als umfassend und beruht auf allseitigen Untersuchungen. Nachdem es in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und die Ergebnisse der Fachärzte als schlüssig zu beurteilen sind, erfüllt es zusammenfassend alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. vorstehend Erw. 1.5.3).

**3.2** An diesem Zwischenergebnis vermögen die Vorbringen der Versicherten vor Gericht nichts zu ändern. Soweit in der Beschwerde (S. 4) auf die abweichende Einschätzung des behandelnden Hausarztes Dr.med. N.\_\_\_\_\_ verwiesen wird (vgl. oben, Erw. 2.3), ist dieser Argumentation zum einen entgegenzuhalten, dass Berichte der behandelnden Ärzte wegen deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, von den geklagten Schmerzen zunächst bedingungslos auszugehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_337/2017 vom 27.10.2017 Erw. 3.3.6 mit Hinweisen; siehe auch vorstehend Erw. 1.5.2). Zum andern übersieht die auf der Einschätzung des Hausarztes bzw. der behandelnden Fachpersonen basierende Argumentation, wonach sinngemäss die Versicherte auf dem Arbeitsmarkt nicht einsetzbar sei, dass diesbezüglich - wie der RAD-Arzt überzeugend darauf hingewiesen hat - insbesondere auch IV-fremde Aspekte (Analphabetin/ ganz einfache Persönlichkeitsstruktur, vgl. Erw. 2.5) massgeblich ins Gewicht fallen und letztlich bei der Evaluierung eines allfälligen Anspruchs auf IV-Leistungen grundsätzlich auszuklammern sind. Analog sind auch psychosoziale Belastungsfaktoren als IV-fremd bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung auszuklammern (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_135/2018 vom 11.7.2018 Erw. 2.2 mit Verweis auf BGE 143 V 409 Erw. 4.5.2 S. 416).

Was sodann den Verweis in der Beschwerde (S. 4f.) auf den Austrittsbericht der Klinik U.\_\_\_\_\_ vom 15. Februar 2017 zur 3. Hospitalisation anbelangt, ist zunächst auf die Auseinandersetzung des psychiatrischen Gutachters anlässlich des psychiatrischen Teilkonsiliums vom 26. Februar 2018 mit zwei psychiatrischen Vorgutachten (2012 und 2016), mit einem Bericht des W.\_\_\_\_\_ aus dem Jahr 2017 sowie dem Austrittsbericht der Klinik U.\_\_\_\_\_ zur 3. Hospitalisation zu verweisen (vgl. IV-act. 237-60f./146). Dabei

ist namentlich zu berücksichtigen, dass der W.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 28. Februar 2017 und mithin nach dem (am 9.2.2017 beendeten) Klinikaufenthalt von einer gewissen Verbesserung sprach („rezidivierende depressive Störung, unter aktueller Medikation teilremittiert“, vgl. IV-act. 221-299/299). Sodann verhält es sich so, dass die psychiatrische Exploration der Versicherten anlässlich der MEDAS-Begutachtung am 26. Februar 2018 erfolgte und mithin mehr als 1 Jahr nach dem erwähnten Klinikaustritt stattfand, weshalb das Gutachterergebnis aktueller ist als der damalige Klinikaufenthalt.

Unbehelflich ist schliesslich die Argumentation in der Beschwerde (S. 6), dass der begutachtende Neurologe von einer Einschränkung von 20% ausgehe und der begutachtende Psychiater eine funktionelle Einschränkung von 30% postuliere, weshalb es nicht nachvollziehbar sei, dass insgesamt nur eine Leistungseinbusse von 30% bestehen solle. Entgegen der sinngemässen Auffassung der Beschwerdeführerin geht es nach gefestigter Rechtsprechung nicht an, bei Vorliegen einer somatisch und einer psychisch bedingten Teilarbeitsunfähigkeit eine Addition der prozentualen Teilbehinderungen vorzunehmen, weil dies ein falsches Bild zeigen würde, da sich die somatischen und psychopathologischen Beschwerdebilder überschneiden können (vgl. VGE 68/98 vom 27.11.1998 Erw. 3, Prot. S. 1711 mit Verweis auf EVGE I 20/99 vom 28.05.1999 i.Sa. B., Erw. 2a). Diesbezüglich hat das Bundesgericht in einem Urteil 9C\_204/2015 vom 29. April 2015 (Erw. 6) präzisiert, auch die Kombination mehrerer Funktionsstörungen führe nicht notwendigerweise zu einer Addition der in verschiedenen Fachdisziplinen attestierten Arbeitsunfähigkeiten. Bei ihrem Zusammentreffen würden sich die erwerblichen Auswirkungen in der Regel überschneiden, weshalb der Grad der Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich in einer Gesamtbeurteilung zu bestimmen sei (siehe auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_948/2012 vom 22.7.2013 Erw. 4.3). Eine solche Gesamtbeurteilung im Rahmen einer Konsensbesprechung hat im vorliegenden Gutachten stattgefunden (vgl. IV-act. 237-102f./146). Das Gericht hat keinen Anlass, davon abzuweichen.

**3.3** Bei dieser Sachlage ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung auf das vorliegende MEDAS-Gutachten abgestellt und - nach Ausscheidung der dargelegten IV-fremden Aspekte - eine massgebende Arbeitsfähigkeit von rund 70% für adaptierte Tätigkeiten angenommen hat.

**4.1** Zu prüfen ist noch der Einkommensvergleich. Hinsichtlich des Valideneinkommens knüpfte die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung an das bei der letzten Rentenprüfung für das Jahr 2011 ermittelte Einkommen von Fr. 47'965.70 an, welches aufgerechnet nach der Entwicklung der Nominal- und Reallöhne (Index-Stand für Frauen per 2011: 2604, gegenüber 2709 per 2016)

ein hochgerechnetes Valideneinkommen von Fr. 49'899.80 ergab ( $47'965.70 : 2604 \times 2709$ ). Dieses Valideneinkommen für den Fall einer vollständigen Arbeitsfähigkeit wird in der vorliegenden Beschwerde (S. 6) nicht in Frage gestellt, weshalb sich weitere Ausführungen dazu erübrigen.

**4.2.1** Aus den Lohnstrukturerhebungen des Bundesamts für Statistik für das Jahr 2016 ermittelte die Vorinstanz ein durchschnittliches Jahreseinkommen als Hilfsarbeiterin von Fr. 54'517.--. Diese Herleitung wird von der beanwalteten Beschwerdeführerin als solche nicht in Frage gestellt.

**4.2.2** In einem weiteren Schritt kürzte die Vorinstanz den für die Ermittlung des Invalideneinkommens massgebenden Durchschnittslohn um 3.5%, weil das hochgerechnete Valideneinkommen per 2016 von Fr. 49'899.80 gegenüber dem statistischen Durchschnittslohn für Hilfsarbeiterinnen per 2016 von Fr. 54'517 um Fr. 4'517.20 bzw. 8.5 % geringer ausfiel und somit eine Anpassung durch Parallelisierung vorzunehmen war, und zwar in dem Umfange, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5% überstieg (8.5 minus 5 = 3.5). Dies ergab - noch vor Berücksichtigung des massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrades - einen Ausgangswert von Fr. 52'608.90 ( $54'517 \times 0.965$ ).

**4.2.3** Hinsichtlich dieser Parallelisierung (um 3.5%) wird in der Beschwerde (S. 6ff.) sinngemäss gerügt, es sei unbefriedigend, zur Ermittlung des Invalideneinkommens anhand statistischer Durchschnittslöhne von einem höheren Jahreslohn (52'608.90) auszugehen, als die Versicherte als Gesunde effektiv verdienen könnte (49'899.80). Mit anderen Worten fordert die Beschwerdeführerin eine Parallelisierung um 8.5% (vgl. Beschwerde, S. 8 oben) bzw. eine Streichung des vorerwähnten Erheblichkeitsgrenzwertes von 5%. Solange aber das Bundesgericht diesen im Urteil 8C\_652/2008 vom 8. Mai 2009 (= BGE 135 V 297ff.) festgelegten Schwellenwert von 5% nicht aufhebt, was derzeit nicht ersichtlich ist, bleibt es dabei, dass die Vorinstanz diese Parallelisierung korrekt vorgenommen hat.

**4.2.4** Nicht zu hören ist sodann die Argumentation in der Beschwerde (S. 7f.), wonach sinngemäss unterdurchschnittlich verdienende Versicherte gegenüber überdurchschnittlich verdienende Versicherte systematisch schlechter gestellt würden, woraus hier ebenfalls ein Abzug abzuleiten sei. Ein solcher Korrekturfaktor wird - soweit überblickbar - bislang von der Rechtsprechung nicht anerkannt. Das Gericht sieht keinen Anlass, einen solchen separaten Abzug einzuführen.

**4.2.5** Was die Frage des sogenannten leidensbedingten Abzuges anbelangt, berücksichtigte die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung einen Abzug von 10%, welcher mit der Nationalität der Versicherten und ihren ungenügenden Kenntnissen einer Landessprache begründet wurden (IV-act. 245-2/6 oben).

Indessen liegen (abgesehen von der Nationalität und fehlenden Deutschkenntnissen) weitere Aspekte vor, welche die Versicherte im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmerinnen eindeutig derart benachteiligen, dass sie mit einem unterdurchschnittlichen Lohnansatz rechnen müsste. Zum einen wiesen die Gutachter im Rahmen ihrer Konsensbesprechung ausdrücklich darauf hin, dass „in einem möglichen Arbeitsprofil diverse qualitative Einschränkungen bestehen“ (vgl. IV-act. 237-102/146, 3. letzter Absatz). Diese im Gutachten thematisierten Einschränkungen (vgl. oben) wirken sich bei einem potentiellen Arbeitgeber offenkundig lohnmindernd aus. Zum andern ist auch die vom RAD-Arzt bescheinigte „ganz einfache Persönlichkeitsstruktur in Kombination mit dem Analphabetismus“ (IV-238-9/9) bei der Fragestellung, mit welcher Lohnhöhe die Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit rechnen könnte, von erheblicher Bedeutung. Im Lichte dieser zusätzlichen relevanten Faktoren rechtfertigt es sich insgesamt, einen leidensbedingten Abzug von 20% zu gewähren. Damit reduziert sich der in Erwägung 4.2.2 ermittelte Ausgangswert von Fr. 52'608.90 auf Fr. 42'087.12 ( $52'608.90 \times 0.80$ ). Davon sind bei einem gutachtlich ermittelten Arbeitsfähigkeitsgrad von 70% Fr. 29'460.98 ( $42'087.12 \times 0.70$ ) zu berücksichtigen. Mithin ist das massgebende Invalideneinkommen auf Fr. 29'461.-- festzulegen.

**4.3** Bei einem Valideneinkommen von Fr. 49'899.80 und einem Invalideneinkommen von Fr. 29'461.-- resultiert ein IV-Grad von aufgerundet 41% ( $49'899.80 \text{ minus } 29'461 = 20'438.80$ ;  $20'438.80 : 49'899.80 \times 100 = 40.959$ ). Damit ist der Versicherten ein Anspruch auf eine IV-Viertelsrente zu gewähren. Die Festsetzung des Rentenbeginns sowie der nachzuzahlenden Rentenbeträge ist Sache der Verwaltung.

**5.1** Zusammenfassend ist die Beschwerde insoweit teilweise gutzuheissen, als der Beschwerdeführerin ein Anspruch auf eine IV-Viertelsrente gewährt wird. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

**5.2** Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten den Parteien je zur Hälfte auferlegt. Von einem Inkasso gegenüber der Beschwerdeführerin wird vorderhand abgesehen, nachdem die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege erfüllt sind.

**5.3** Zudem wird der Beschwerdeführerin für das Teilobsiegen eine reduzierte Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz zugesprochen. In Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411), welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 15 GebTRA einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht sowie unter Beachtung der in § 2 GebTRA enthaltenen Kriterien (Wichtigkeit der Streitsache, Schwierigkeit, Umfang und der Art der Arbeitsleistung, notwendiger Zeitaufwand) und in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens ist das (reduzierte) Honorar (inkl. Auslagen/MwSt) auf Fr. 1'300.-- festzulegen.

**5.4** Soweit die Beschwerdeführerin unterliegt, wird ihr die unentgeltliche Rechtsverteidigung gewährt. Das vom Staat zu erbringende Honorar wird nach den gleichen, in Erwägung 5.3 aufgeführten Grundsätzen auf Fr. 1'300.-- festgelegt.

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird insoweit teilweise gutgeheissen, als festgehalten wird, dass die Beschwerdeführerin ausgehend von einem ermittelten IV-Grad von 41% Anspruch auf eine IV-Viertelsrente hat. Die Festlegung des Rentenbeginns sowie der entsprechenden Nachzahlung von Rentenleistungen ist Sache der Verwaltung. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und den Parteien je zur Hälfte (je Fr. 250.--) auferlegt. Die Vorinstanz hat ihren Kostenanteil von Fr. 250.-- innert 30 Tagen seit Zustellung dieses Entscheids auf das Postkonto 60-22238-6 zu bezahlen. Der Verfahrenskostenanteil der Beschwerdeführerin wird unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und unter Vorbehalt der Rückerstattungspflicht (siehe nachstehend Ziffer 5) einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.
3. Für das vorliegende teilweise Obsiegen wird der Beschwerdeführerin zu Lasten der Vorinstanz eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 1'300.-- zugesprochen.
4. Im Übrigen wird der Beschwerdeführerin für das teilweise Unterliegen im verwaltungsgerichtlichen Verfahren die unentgeltliche Verbeiständung gewährt und Rechtsanwalt Prof. Dr.iur. B.\_\_\_\_\_ als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Ihm ist zu Lasten des Verwaltungsgerichts ein reduziertes Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) von Fr. 1'300.-- zuzusprechen.
5. Die Beschwerdeführerin hat ihren Verfahrenskostenanteil von Fr. 250.-- und den Honoraranteil von Fr. 1'300.-- für die unentgeltliche Rechtsverbeiständung dem Gericht zurückzuerstatten, wenn sie dazu innert 10 Jahren seit Rechtskraft dieses Entscheids in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP).
6. 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).
7. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 14. Dezember 2018

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. Dezember 2018