

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 97

Entscheid vom 22. Januar 2019

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, 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 (Rente)

Sachverhalt:

A. A. _____ (geb. _____ 1969, _____) ist verheiratet und Mutter von 3 Söhnen _____. Am 30. Juni 2016 unterzeichnete sie eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen; die gesundheitlichen Beeinträchtigungen umschrieb sie wie folgt: "Rückenprobleme, Skoliose, Diskushernie usw." (vgl. IV-act. 1-6/8, Ziff. 6.1).

B. Nach Mahnungen erstattete der Hausarzt Dr.med. E. _____ den von der IV-Stelle angeforderten Bericht am 8. Februar 2017. Dabei wurde u.a. auf eine eventuelle HWS-Operation hingewiesen (IV-act. 10). Daraufhin forderte die IV-Stelle am 20. April 2017 Angaben hinsichtlich der HWS-Operation an (IV-act. 12), welche am 27. April 2017 eingingen (IV-act. 13). Dazu nahm der RAD-Arzt Dr.med. F. _____ am 23. Mai 2017 Stellung und wies u.a. darauf hin, dass eine Haushaltsabklärung nötig sei (IV-act. 14-4/4). Am 6. Juni 2017 wurde A. _____ von Dr.med. G. _____ (Facharzt Neurochirurgie) in der Klinik C. _____ operiert (IV-act. 21). Am 27. Juni 2017 folgte die Haushaltsabklärung (IV-act. 23).

C. Am 19. April 2018 nahm der RAD-Arzt Dr.med. H. _____ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) zum postoperativen Ergebnis Stellung (IV-act. 22-6/6). Der Operateur (Dr.med. G. _____) äusserte sich in einem Bericht vom 25. Juni 2018 (IV-act. 25). Eine erneute Haushaltsabklärung fand am 9. Juli 2018 (mit Bericht vom 16.7.2018) statt (vgl. IV-act. 27).

D. Mit Vorbescheid vom 7. August 2018 kündigte die IV-Stelle an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 28). Dagegen liess A. _____ durch ihren Hausarzt Dr.med. E. _____ mit Eingabe vom 30. August 2018 Einwände erheben (IV-act. 29).

E. Mit Verfügung vom 27. September 2018 hielt die IV-Stelle daran fest, dass der ermittelte IV-Grad 35% betrage und das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 30).

F. Gegen diese Verfügung liess A. _____ rechtzeitig am 26. Oktober 2018 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 27. September 2018 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. Die Sache sei zur ergänzenden Abklärung und zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

3. Eventuell sei der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab Januar 2017 fortdauernd eine Dreiviertelsrente auszurichten.
4. Der Beschwerdeführerin sei im Verfahren vor Verwaltungsgericht Schwyz die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung zu bewilligen.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Vernehmlassung vom 30. November 2018 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zulasten der Beschwerdeführerin.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Invalidität setzt eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraus (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20, sowie Art. 3 und 6 ff. des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1, in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG). Gemäss Art. 7 Abs. 2 Satz 1 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 (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG).

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 von *erwerbstätigen* Versicherten bestimmt sich gestützt auf Art. 28a Abs. 1 Satz 1 IVG nach Art. 16 ATSG, wonach zur Ermittlung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen) zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt wird, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Es ist für die Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (vgl. Ulrich Mey-

er/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., N 27 zu Art. 28a IVG).

1.3 Bei *nichterwerbstätigen* Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (vgl. Art. 28a Abs. 2 IVG; so genannte spezifische Methode bzw. Betätigungsvergleich). Als Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG der im Haushalt tätigen Versicherten gilt die übliche Tätigkeit im Haushalt sowie die Pflege und Betreuung von Angehörigen (vgl. Art. 27 Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV, SR 831.201).

1.4 Bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, werden nach Art. 27^{bis} Abs. 2 IVV (in der seit 1.1.2018 geltenden Fassung) für die Bestimmung des Invaliditätsgrads folgende Invaliditätsgrade summiert:

- a. der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit;
- b. der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich.

Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG, wobei (nach Art. 27^{bis} Abs. 3 lit. a IVV) das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird und (nach Art. 27^{bis} Abs. 3 lit. b IVV) die prozentuale Erwerbseinkünfte anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird.

Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird nach Art. 27^{bis} Abs. 4 IVV der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Der Anteil wird anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Absatz 3 Buchstabe b und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet.

Der Anteil der Erwerbstätigkeit (Beschäftigungsgrad) ergibt sich aus dem Vergleich der im betreffenden Beruf üblichen vollen Arbeitszeit und der von der behinderten Person ohne Invalidität geleisteten Arbeitszeit (vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, KSIH, Rz. 3099). Der Anteil der Hausarbeit ergibt sich aus der Differenz zwischen dem ermittelten Erwerbsanteil und einem 100%-Pensum (KSIH Rz. 3100).

Diese dargelegte gemischte Methode bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind (oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten), kommt ungeachtet des EGMR-Urteils in Sachen Di Trizio vom 2. Februar 2016 weiterhin zur Anwendung, wenn es um eine erstmalige Rentenzusprechung geht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_21/2018 vom 25.6.2018 Erw. 5.2.1 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 143 I 50 Erw. 4.4 S. 60; siehe auch Kurt Pärli/ Alain Borer, Die Teilzeitfalle in der Invalidenversicherung, in: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2018, herausgegeben von U. Kieser und M. Lendfers, S. 179ff., v.a. S. 185f.).

1.5 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). Die behördliche und richterliche Abklärungspflicht umfasst indessen nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Gericht zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (SVR 1999 IV Nr. 10 Erw. 2c; AHI 1994 S. 212 Erw. 4a; BGE 117 V 282 Erw. 4a mit Hinweis auf 110 V 52 Erw. 4a).

1.6 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 die Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 Erw. 4; 105 V 156 Erw. 1).

1.7 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 Beurtei-

lung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

1.8 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; 122 V 160f. Erw. 1c).

1.9.1 Zum Beweiswert einer Haushaltsabklärung sind analog zur Rechtsprechung zur Beweiskraft von Arztberichten verschiedene Faktoren zu berücksichtigen (Urteil des eidg. Versicherungsgerichts I 741/01 vom 18.8.2003 Erw. 4.1). Hier ist ebenfalls wesentlich, dass als Berichterstatter(in) eine qualifizierte Person wirkt, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen – auch mit Blick auf eine allfällige erwerbliche Beschäftigung – hat. Ferner sind nebst der Aussage der betroffenen Person zur Haushaltsbewältigung und Erwerbstätigkeit zusätzlich die Angaben von Familienangehörigen und anderen im gleichen Haushalt Lebenden zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind (Urteil des eidg. Versicherungsgerichts I 741/01 vom 18.8.2003 Erw. 4.1). Schliesslich muss die Haushaltsabklärung plausibel begründet und detailliert bezüglich der einzelnen Haushaltsverrichtungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, darf der Richter nur in das Ermessen der Abklärungsperson eingreifen, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen oder Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Abklärungsergebnisse vorliegen (Urteil des eidg. Versicherungsgerichts I 741/01 vom 18.8.2003 Erw. 4.1).

1.9.2 Nach konstanter Rechtsprechung ist den Aussagen der versicherten Person im Rahmen der Haushaltsabklärung erhöhtes Gewicht beizumessen, da diese noch nicht von möglichen versicherungsrechtlichen Überlegungen geprägt sind (Hansjörg Seiler, Anforderungen an die Beweisführung zu Status und Invali-

dität in der IV-Haushaltsabklärung, in René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.]: Sozialversicherungsrechtstagung 2009, S. 18f.; BGE 117 V 194 Erw. 3b S. 195). Analoges geht aus der Beweismaxime hervor, wonach die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Wenn der Versicherte seine Darstellung im Laufe der Zeit wechselt, kommt den Angaben, die er unmittelbar gemacht hat, meistens grösseres Gewicht zu als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers (BGE 121 V 45 Erw. 2a mit Hinweis auf BGE 115 V 143 Erw. 8c).

1.10 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. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Rz. 450; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2. Aufl., Rz. 111 u. 117; BGE 122 II 469 Erw. 4a, 122 III 223 Erw. 3c, 119 V 344 Erw. 3c; 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. Zunächst werden die gesundheitliche Situation der Versicherten und die Fragestellung geprüft, ob noch weitere medizinische Abklärungen geboten sind.

2.1 In der am 30. Juni 2016 unterzeichneten IV-Anmeldung machte die Versicherte "Rückenprobleme, Skoliose Diskushernie usw." geltend (IV-act. 1-6/8).

2.2 Der Hausarzt Dr.med. E._____, welcher die Versicherte seit 2012 behandelt (IV-act. 10-1/13), stellte in seinem Bericht vom 29. August 2016 (Eingang bei der IV-Stelle am 19.9.2016) folgende Diagnosen (IV-act. 8):

1. degen. LWS-Syndrom mit Protrusion und Radixreizung links
2. V.a. degen. HWS-Syndrom
3. V.a. Fibromyalgie

2.3 Eine MRI-Abklärung der HWS vom 1. September 2016 im Röntgeninstitut D._____ (Dr.med. K._____, leitender Radiologe) ergab folgende Diagnosen (IV-act. 10-5/13):

1. Zervikale Spinalstenose in Höhe HWK5/6 bei linksbetontem Diskusprolaps.
2. Ausserdem Diskusprolaps HWK7 / BWK1 sowie Diskusprotrusionen HWK4/5 und HWK6/7.

3. Knöcherner Enge der Neuroforamina von HWK4 bis HWK7, führend in Höhe HWK5/6 und HWK6/7.
4. Fehllhaltung der HWS. Facettengelenksarthrosen.

2.4 Am 8. November 2016 und am 7. Dezember 2016 wurde die Versicherte von Dr.med. L._____ (Facharzt für Rheumatologie, C._____ (Klinik)) untersucht. Im Bericht vom 13. Dezember 2016 an den Hausarzt wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-act. 10-11/13):

1. Lumbal, thorakovertebral betontes Schmerzsyndrom mit Tendenz zu Ganzkörperschmerzsyndrom
 - Teils Fibromyalgie typische Lokalisation
 - Gutes NSAR-Ansprechen
 - Ohne eindeutige Hinweise für eine Spondyloarthropathie
 - Zervikale Myelopathie nicht auszuschliessen
2. Karpaltunnel möglich (Tinel rechts positiv)
3. Infekt der OAW, Antibiotikabedarf

Zudem führte der Rheumatologe u.a. aus, initial beschreibe die Versicherte einen Unfall vor 10 Jahren, die Schmerzen seien ca. 1 bis 2 Monate darauf aufgetreten (IV-act. 10-11/13 unten).

2.5 Dr.med. M._____ (Fachärztin für Neurologie) untersuchte die Versicherte am 18. Januar 2017. In ihrem Bericht vom 19. Januar 2017 an den Hausarzt hielt sie folgende Diagnosen fest (IV-act. 10-6/13):

1. Zervikale Spinalkanalstenose HWK5/6 bei linksbetontem Diskusprolaps
2. Multisegmentale degenerative HWS-Veränderungen
3. Linksbetonte Diskusprotrusion L4/5, mediane Diskusprotrusion L1/2 und L3/4

Des Weiteren führte diese Fachärztin u.a. aus, die Versicherte habe ihr berichtet, 2006 einen Autounfall mit mehrfachem Überschlagen des Autos erlitten zu haben. Seither leide sie unter chronischen Nackenschmerzen. Zunehmend habe sie Kribbelparästhesien vorwiegend der radialen Finger, häufig aber auch der gesamten Hand und der Arme beidseits. Seit über sechs Monaten bestünden zudem Rückenschmerzen, ausstrahlend vorwiegend ins rechte Bein (IV-act. 10-6/13). In der Beurteilung hielt die Fachärztin u.a. fest, trotz der zum Teil schwereren degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS (insbesondere bei linksbetontem Bandscheibenvorfall auf Höhe HWK5/6 und daraus resultierender Spinalkanalstenose ohne Myelopathie) habe in der aktuellen neurologischen Untersuchung kein klar umschriebenes radikuläres Defizit festgestellt werden können und auch kein Hinweis für eine Myelopathie (IV-act. 10-7/13 unten).

2.6 In einem weiteren Bericht vom 8. Februar 2017 an die IV-Stelle präziserte der Hausarzt Dr.med. E._____ die Diagnosenliste wie folgt (IV-act. 10-1/13, Ziff. 1.1):

1. fortgeschrittenes degen. HWS-Mehretagensyndrom mit führend Spinalkanalstenose C5/6 und Schulterarmbeschwerden links, mehrfache Nucleusprotrusion C2 bis C7 - drohende cervikale Myelopathie
2. etwas weniger fortgeschrittenes degen. LWS-Syndrom
3. Fibromyalgiesyndrom mit rezid. rheumatoiden Ganzkörperschmerzen

Unter Anamnese erwähnte der Hausarzt "in 2006 schwerer Autounfall mit mehrfachem Überschlag; seit mindestens 2012 zunehmende Armbeschwerden links und diffuse Ganzkörperschmerzen" (vgl. IV-act. 10-1/13, Ziff. 1.4). Das Ganzkörperschmerzsyndrom und die linksbetonten Cervicobrachialgien bewirken nach Einschätzung des Hausarztes eine eingeschränkte körperliche Belastbarkeit für alle Arbeiten in Nässe, Kälte, Über-Kopf-Arbeiten, schweres Heben und Tragen über 8 kg und langes Stehen/ weite Laufwege. Insgesamt veranschlagte der Hausarzt eine Arbeitsunfähigkeit von 50% ab 2009 bzw. eine Arbeitsfähigkeit von 50% "ganztags für leichte körperliche Arbeit mit o.g. Einschränkungen" (vgl. IV-act. 10-2f./13 Ziff. 1.6 und 1.7).

2.7 Am 9. Februar 2017 wurde die Versicherte von Dr.med. G._____ (FMH für Neurochirurgie, C._____ Klinik) untersucht, welcher eine mehretägige cervikale, degenerative Diskopathie mit myelär bedrängender osteodiskärer Protrusion C5/6 sowie Bandscheibenprotrusionen (nicht neurokompressiv C4/5, C6/7) diagnostizierte und ein operatives Vorgehen vorschlug (IV-act. 13-1/3 i.V.m. 16-1/2). Nach Zustimmung der Versicherten erfolgte am 6. Juni 2017 die Operation in der C._____ Klinik (Ventrale Diskektomie C5/6, foraminale Dekompression bds., interkorporelle relordosierende Spondylodese ACIF C5/6). Nach problemlosem Verlauf konnte die Versicherte am 12. Juni 2017 die Klinik mit deutlich rückläufiger Schmerzproblematik verlassen (IV-act. 16-1/2). Vom 26. Juli 2017 bis zum 1. August 2017 hielt sich die Versicherte wegen einer exazerbierenden Zervikobrachialgie rechtsseitig mit neuem motorischem Defizit erneut in der C._____ Klinik auf. Während des Klinikaufenthalts erfolgte eine Kortikosteroid-Stosstherapie mit Fortecortin, worauf die Schmerzen im weiteren Verlauf deutlich regredient waren (IV-act. 17-12/16).

2.8 Bei der Verlaufskontrolle vom 6. September 2017 erwähnte der Operateur Dr.med. G._____ eine weitere Verbesserung. Die Versicherte berichte von Restschmerzen im Nacken-, Schulterbereich rechts, kein persistierendes, sensibles Ausfallbild, indes sei die rohe Kraft an der rechten Hand immer noch nicht vollständig erholt. Im Moment laufe eine intensive stabilisierende Heilgymnastik. Im Ergebnis schlug er eine stationäre intensive Rehabilitation in einer Rehaklinik (in I._____) vor (IV-act. 17-14/16), welche aber nicht durchgeführt wurde, weil die Krankenkasse keine Kostengutsprache erteilte (vgl. IV-act. 19). Stattdessen

verbrachte die Versicherte einen Rehabilitationsaufenthalt in J. _____ (vgl. IV-act. 20). Nach einer weiteren Verlaufskontrolle vom 10. Januar 2018 berichtete der Operateur Dr.med. G. _____ am 23. Februar 2018 der IV-Stelle: "Cervikal soweit stabilisierte Verhältnisse, lumbovertebral, lumboradikulär weitgehend unverändert, lokal verspannt, eingeschränkt in der Belastbarkeit, keine umschriebene radikuläre Ausfallage" (vgl. IV-act. 20).

2.9 Nach einer ärztlichen Kontrolle vom 20. März 2018 berichtete der Hausarzt Dr.med. E. _____ der IV-Stelle von einem verbesserten Gesundheitszustand (IV-act. 21-1/8, Ziff. 1).

2.10 Wegen chronischen Nackenschmerzen und Kribbelparästhesien wurde die Versicherte am 12. Juni 2018 von Dr.med. N. _____ untersucht. Im gleichentags erstellten Bericht stellte diese Fachärztin für Neurologie folgende Diagnose (IV-act. 29-3/7):

Radikuläre Schmerzen C5/6 mit Schmerzzentralisierung ohne strukturelle Läsion C5 und C6 bei Zustand nach HWS-OP in 6-2017 mit foraminale Dekompression bds und relordosierender Spondylodese ACIF C5/6

In ihrer Beurteilung führte Dr.med. N. _____ aus (IV-act. 29-4/7):

Sowohl nach den aktuellen anamnestischen Angaben als auch dem Vorbericht meiner Kollegin Dr. M. _____ von Januar 2017 hat A. _____ vor Operation der Cervikalkanalstenose unter einem Cervikalsyndrom und Handparästhesien gelitten, welche den Verdacht auf ein CTS lenkten. Entsprechend war im Januar 2017 auch die DML des N. medianus beidseits leicht verlängert. Aktuell ist aber eine normale DML des N. medianus sinister nachweisbar. Postoperativ beklagt die Patientin nun cervikobrachiale Schmerzen links, welche dem Dermatome C5 und C6 entsprechen würden. Weder im klinischen Status mit normalen Reflexen und fehlenden Paresen oder Atrophien noch elektromyographisch ist aber eine Radikulopathie C5 und C6 links nachweisbar. Ich vermute daher eine sensible radikuläre Reizung (bei normaler Pallästhesie ist jedoch auch das sensible Defizit nicht vollständig objektivierbar) mit progredienter Schmerzzentralisierung. Von einer erneuten HWS-Operation ist aus neurologischer Sicht abzuraten. (...)

2.11 Am 20. Juni 2018 untersuchte Dr.med. G. _____ die Versicherte erneut für eine ambulante Verlaufskontrolle und stellte in seinem Bericht vom 25. Juni 2018 an den Hausarzt folgende Diagnose (IV-act. 25):

Persistierende Cervikobrachialgie links C6 betont bei St.n. cervikaler Spondylodese bei osteodiskärer Protrusion C5/6 Juni 2017 Bandscheibenprotrusionen Anschlusshöhen C6/7, nicht neurokompressiv

Den weiteren Verlauf nach der letzten Untersuchung vom 10. Januar 2018 fasste Dr.med. G. _____ wie folgt zusammen (IV-act. 25):

Im April dann, anschliessend an eine vermehrte Rotationsbewegung im HWS-Bereich, wieder vermehrt Probleme, sowohl cervikovertebragen wie auch radikulä-

re, hier vor allem links Richtung C6. Diffuse Krafeinbusse, kein objektivierbares radikuläres Ausfallbild, Reflexbild regelrecht, keine Hinweise auf eine Myelopathie. Verlaufskontrolle nun bei mir am 20.06.2018, vorgängig erfolgt ist eine neurologisch, neurophysiologische Abklärung, ohne Nachweis einer manifesten Ausfall-lage.

Bildgebend im Raum stehen die linkslastigen Einengungen vor allem der unteren Etagen C6/7, T1/T2 und weiter distal, ohne manifestes Entrapment. Zusätzlich intermittierend auch lumbale Probleme. Abklärungen diesbezüglich im Dezember 2017, degenerative Diskopathie distal lumbal, im Moment aber kompensiert, ohne Indikation für ein aktives Vorgehen.

Ich habe am 20.06.2018 mit der Patientin die Situation nochmals ausführlich diskutiert, im Moment ein weiterhin abwartendes Verhalten vorgeschlagen, dies bei im Moment wieder recht gut kompensierten Verhältnissen. (...)

In einem weiteren Bericht vom 5. Juli 2018 an den Hausarzt nahm Dr.med. G._____ auf eine Sprechstundekontrolle vom 4. Juli 2018 Bezug und schlug dem Hausarzt vor, die Versicherte durch Kollegen der Anästhesie zur cervikalen therapeutischen PDA (C6/7) aufbieten zu lassen (IV-act. 29-2/7).

2.12 In einer Eingabe vom 30. August 2018 an die IV-Stelle stellte der Hausarzt Dr.med. E._____ folgende Diagnose (vgl. IV-act. 29-1/7):

1. Z.n. OP Versteifungs- und Aufrichtungs-OP C5/6 HWS in 7-2017... mit nur mässigem Erfolg.. und relevanter Reststenose Foramen C6 links
2. Z.n. PDA C5/7 in 6-2018 mit leichtem Erfolg

Des Weiteren verwies er auf bleibende Störungen der Fein- und Grobmotorik beider Arme und Hände, betont linker Arm und Hand, mit Fallenlassen von Gegenständen, sowie rezidivierende Brachialgien und Hypästhesien/ Dysästhesien beidseits linksbetont (nachgewiesene C6-Foramenreststenose nach OP). Die Versicherte sei in J._____ gelernte Vermessungszeichnerin und Bürokräft gewesen (einschliesslich PC-Kenntnisse) und habe den Wunsch nach externer, leichter Arbeit bis 40% (vgl. IV-act. 29-1/7).

3. Eine gerichtliche Würdigung all dieser Angaben führt zum Ergebnis, dass die Versicherte in medizinischer Hinsicht hinreichend abgeklärt worden ist. Von zusätzlichen ärztlichen Abklärungen sind nach der Aktenlage grundsätzlich keine wesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten. Der Einschätzung des RAD-Arzt Dr.med. H._____ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), wonach sich das vorliegende Beschwerdebild der Versicherten grundsätzlich mit körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten im Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen sowie ohne Arbeiten in Zwangsstellung oder in gebückter Stellung, ohne repetitive Rotationen des Oberkörpers und ohne Überkopfarbeiten vereinbaren lässt (vgl. IV-act. 22-6/6), ist im Ergebnis beizupflichten, ohne dass diesbezüglich noch ein Gutachten nötig

wäre. Soweit in der Beschwerde (S. 10) eingewendet wird, dass der Hausarzt (gemäss Berichten vom 8. Februar 2018 und vom 30. August 2018) von einem wesentlich geringeren Arbeitsfähigkeitsgrad von 50% bzw. 40% ausgehe, kann allein schon deshalb nicht darauf abgestellt werden, da dieser Hausarzt bereits in seinem Bericht vom 8. Februar 2017 an die IV-Stelle argumentierte, die Versicherte sei "seit 2009 auf Dauer 50% arbeitsunfähig" (vgl. IV-act. 10-2/13, Ziff. 1.6), und dies obwohl er die Versicherte nach eigenen Angaben erst seit 2012 behandelt (vgl. IV-act. 10-1/13, Ziff. 1.2). Im Lichte dieser bereits vor der erwähnten HWS-Operation gefestigten Überzeugung des Hausarztes, wonach der Versicherten auf Dauer nur eine Arbeitsfähigkeit von (rund) 50% zumutbar sei, vermögen die letzten Angaben des Hausarztes zur Frage der Arbeitsfähigkeit die Einschätzung des RAD-Arztes Dr.med. H._____ nicht in Frage zu stellen. Dies gilt erst recht, als die zusätzlichen Untersuchungen durch die neurologische Fachärztin Dr.med. N._____ und den neurochirurgischen Facharzt Dr.med. G._____ weder Hinweise auf eine Myelopathie, noch ein objektivierbares radikuläres Ausfallbild ergaben, wie in der vorinstanzlichen Vernehmlassung (Ziff. 19) zutreffend darauf hingewiesen wurde. Beizupflichten ist auch der vorinstanzlichen bzw. ärztlichen Feststellung, wonach Nackenverspannungen und das lumbovertebrale Syndrom grundsätzlich einer ambulanten Behandlung zugänglich sind (vgl. Vernehmlassung, Ziff. 20 i.V.m. IV-act. 22-6/6). Im Übrigen verhält es sich so, dass eine allfällige gesundheitliche Verschlechterung, welche nach dem (die gerichtliche Überprüfungsbefugnis zeitlich begrenzenden) Erlass der Verwaltungsverfügung vom 27. September 2018 eingetreten bzw. feststellbar wäre, Gegenstand einer neuen IV-Anmeldung bilden würde. Zusammenfassend bleibt es dabei, dass nach der konkreten Aktenlage zur Behandlung des Leistungsbegehrens keine zusätzliche medizinische Begutachtung geboten ist. Ferner hat die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (Ziff. 23) zu Recht festgehalten, dass sich im konkreten Fall keine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit aufdrängt. Es kann auf die Ausführungen der Vorinstanz verwiesen werden, denen das Gericht nichts beizufügen hat.

4.1 Die Fragestellung, nach welcher Methode der Invaliditätsgrad zu ermitteln ist, wird durch die Beantwortung der Statusfrage geklärt. Dabei kommt grundsätzlich eine hypothetische Betrachtungsweise zum Zuge: Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist - was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) führt -, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Diese Frage beurteilt sich praxisgemäss nach den

Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_201/2017 vom 3.11.2017, publ. in SVR-Rechtsprechung 4-5/2018 IV Nr. 22, Erw. 4.1 mit Verweis u.a. auf BGE 141 V 15 Erw. 3.1 S. 20; BGE 137 V 334 Erw. 3.2 S. 338). Massgebend ist die gesamte persönliche, familiäre, berufliche und soziale Situation. Ein starkes Indiz ist dabei die Tätigkeit, welche bei Eintritt der invalidisierenden gesundheitlichen Beeinträchtigung tatsächlich - und unter Umständen seit längerer Zeit - ausgeübt wurde, vor allem bei sonst im Wesentlichen unveränderten Verhältnissen bis zur Entstehung des Rentenanspruches (vgl. zit. Urteil des Bundesgerichts 9C_201/2017 Erw. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

4.2 In der Beschwerde (Ziff. 9 lit. a) wird geltend gemacht, dass die Versicherte im Gesundheitsfall aufgrund der geringen Einkünfte des Ehemannes (monatlich rund Fr. 4'000.--) zu 100% einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Dies sei auch im Hinblick auf die knappe Altersvorsorge nachvollziehbar. Hinzu komme, dass bei Menschen mit Migrationshintergrund die Vollerwerbstätigkeit von beiden Ehegatten üblich sei. Sodann würden die Kinder nicht mehr zu Hause wohnen, was im Gesundheitsfall ebenfalls für eine Vollzeitenerwerbstätigkeit sprechen würde. Dass sie in der Schweiz nie einer Erwerbstätigkeit nachgegangen sei, hänge damit zusammen, dass sie nach der Einreise in die Schweiz vom 25. Juni 2007 aufgrund eines im Jahr 2006 im Ausland erlittenen Autounfalls andauernd gesundheitliche Probleme gehabt habe. Ihr Gesundheitszustand habe sie stets daran gehindert, einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachzugehen (vgl. Beschwerdeschrift, S. 9 lit. b). Im Übrigen machte die Beschwerdeführerin geltend, dass sie im Rahmen der Haushaltsabklärung die Statusfrage (Welche Tätigkeit würde sie ausüben, wenn sie gesundheitlich nicht beeinträchtigt wäre?) aufgrund ihrer schlechten Deutschkenntnisse nicht richtig verstanden habe und deswegen ausgesagt habe "sie wüsste nicht was machen" (vgl. Beschwerdeschrift, S. 6, Ziff. 8 lit. a).

4.3.1 Aktenmässig belegt ist, dass die Versicherte im Rahmen der Haushaltsabklärung gefragt wurde, welche Tätigkeit sie ausüben würde, wenn sie gesundheitlich nicht beeinträchtigt wäre (vgl. IV-act. 23-3/8, Ziff. 3.2.1). Sodann wird vor Gericht nicht in Frage gestellt, dass die Versicherte in diesem Zusammenhang aussagte, sie wüsste nicht, was sie machen könnte. Ob die Versicherte die damals gestellte Frage gar nicht bzw. nicht richtig verstanden hat, ist grundsätzlich denkbar; möglich wäre aber auch, dass die Versicherte damals der Auffassung

war, eine Erwerbstätigkeit in der Schweiz sei für sie (beispielsweise wegen fehlender Deutschkenntnisse und ungeachtet des Gesundheitszustands) gar nicht in Betracht gefallen. Eine erneute Unterbreitung dieser Fragestellung vermag keine zuverlässige Antwort zu bewirken, weil davon auszugehen ist, dass der Versicherten die Auswirkung unterschiedlicher Antworten auf diese Fragestellung zwischenzeitlich aufgezeigt wurde (siehe dazu auch Kurt Pärli/ Alain Borer, zit. Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2018, a.a.O. S. 192, wonach Versicherten empfohlen wird, im Abklärungsprozess geltend zu machen, sie wären im hypothetischen Gesundheitsfall voll erwerbstätig).

4.3.2 Hinsichtlich der weiteren Aspekte ist zunächst zu berücksichtigen, dass die Versicherte entgegen der Darstellung in der Beschwerde (S. 9) nicht erst seit dem 25. Juni 2007, sondern zusätzlich vor dem 30. November 1999 (damals war die Versicherte 30-jährig) während mehrerer Jahre in der Schweiz lebte (vgl. die Zusammenstellung im gerichtl. Schreiben vom 8.1.2019 an den Rechtsvertreter, wobei innert angesetzter Frist kein Einwand erfolgte). Im genannten Jahr 1999 hatte die Versicherte drei Söhne (im Alter von rund 8, 6 und 4 Jahren) zu betreuen, wobei für die damalige Zeit keinerlei gesundheitliche Beeinträchtigungen ersichtlich sind. Folgt man der sinngemässen Argumentation in der Beschwerde, dass der Verdienst des Ehemanns sehr knapp sei (was gemäss Beschwerdeschrift für einen 2-Personenhaushalt gilt, erst recht aber für einen 5-Personenhaushalt zutreffen dürfte, selbst wenn noch Kinderzulagen einberechnet werden) und deswegen (im Gesundheitsfall) die Versicherte eine (Teil)Erwerbsarbeit aufgenommen hätte (wie dies auch bei anderen Migrantenfamilien der Fall sei), wäre konsequenterweise damals eine gewisse Erwerbstätigkeit zu erwarten gewesen (beispielsweise an Samstagen oder abends, wenn der Ehemann oder andere Personen die Kinder hätten betreuen können). Dass die Versicherte damals aufgrund ihres Aufenthaltsstatus in der Schweiz keine Erwerbsarbeit ausüben durfte, wird nicht geltend gemacht.

4.3.3 Sodann ist zu beachten, dass seit der Heirat der Versicherten (29.6.1991) keine einzige Erwerbstätigkeit der Versicherten dokumentiert wurde, weder für die ersten Jahre in der Schweiz (siehe vorstehend Erw. 4.3.2), noch für den Zeitraum vom 30. November 1999 bis zum 25. Juni 2007 in J. _____, noch für die anschliessende Zeit in der Schweiz. Der Argumentation in der Beschwerde, wonach sinngemäss seit der Wiedereinreise in die Schweiz (25.6.2007) massive gesundheitliche Probleme die Aufnahme einer Erwerbsarbeit verhindert hätten, ist entgegenzuhalten, dass für den Zeitraum vom 25. Juni 2007 bis Ende 2011 (ab 2012 Beginn der Behandlung beim Hausarzt Dr.med. E. _____, vgl. IV-act. 10-1/13) vor Gericht keine Behandlungen und keine ärztlichen Berichte sub-

stantiiert vorgebracht wurden. Zwar erwähnt der Hausarzt Dr.med. E. _____, dass die Versicherte vor ihm durch die zwischenzeitlich pensionierte Ärztin Dr.med. Q. _____ betreut worden sei (vgl. IV-act. 10-1/13, Ziff. 1.2). Falls bei der Übernahme dieser Patientin im Jahre 2012 effektiv schwerwiegende ärztliche Befunde mit entsprechenden Behandlungen existierten, wäre zu erwarten gewesen, dass Dr.med. E. _____ die entsprechenden Unterlagen damals angefordert hätte, was nicht aktenkundig ist.

4.3.4 Abgesehen davon fällt ins Gewicht, dass der Hausarzt Dr.med. E. _____ wie erwähnt von einer bei der Übernahme der Patientin massgebenden Arbeitsunfähigkeit von 50% spricht. Trotz der vom Hausarzt attestierten Arbeitsfähigkeit von 50% hat die Versicherte weder eine Teilerwerbstätigkeit aufgenommen noch hat sie substantiiert vorgebracht, sie habe sich damals um eine gewisse Erwerbsarbeit bemüht, diesbezüglich aber keinen Erfolg gehabt. Anzuführen ist, dass im Zeitpunkt, als Dr.med. E. _____ mit der Behandlung der Versicherten begonnen hat (mithin im Jahr 2012), die drei Söhne 21 Jahre, 19 Jahre und 17 Jahre alt wurden. Im Zeitpunkt, als die Versicherte ab 25. Juni 2007 wieder in der Schweiz lebte, war der älteste Sohn 15 ½ Jahre, der mittlere Sohn 14 Jahre und der jüngste Sohn nahezu 12 Jahre alt, womit die Kinderbetreuung einer Teilerwerbstätigkeit nicht im Wege gestanden wäre.

4.3.5 Des Weiteren fällt auf, dass der Hausarzt Dr.med. E. _____ im Verlauf sehr widersprüchlich argumentiert hat. Während er in seinem letzten Schreiben vom 30. August 2018 ausführte, dass die Versicherte unbedingt eine Erwerbsarbeit bis zu 40% ausüben möchte (IV-act. 29-1/7), schrieb er in seiner ersten Stellungnahme vom 29. August 2016 an die IV-Stelle (vgl. IV-act. 8):

Sehr geehrte Damen und Herren

bezgl. Ihrer Erinnerung "IV-Abklärung berufl. Integration/ Rente" möchte ich Ihnen kurz mitteilen, dass die Patientin Hausfrau und verheiratet ist, und keine berufliche Integration wünscht oder benötigt.

4.3.6 Im Übrigen hat die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (Ziff. 11) nachvollziehbar erläutert, welche Umstände (Wohnungsmiete von lediglich Fr. 860.-- sowie äusserst kurzer Arbeitsweg für den Ehemann, womit er sämtliche Mahlzeiten zu Hause einnehmen kann) dazu beitragen, dass der Verdienst des Ehemanns bislang ausreichte.

4.4 Aus all diesen Gründen ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz hinsichtlich der Statusfrage eine Erwerbstätigkeit der Versicherten im hypothetischen Gesundheitsfall verneint und deswegen die Invalidität im Rahmen eines Betätigungsvergleichs ermittelt hat. An diesem Ergebnis vermögen die weiteren Vorbringen der Beschwerdeführerin und namentlich der Verweis auf ein vor der

Heirat in O._____ erworbenes Diplom als Vermessungszeichnerin nichts zu ändern.

5. Was schliesslich die in zwei Haushaltsberichten enthaltene Analyse der einzelnen Aufgabenbereiche (inkl. Gewichtung und Umfang der jeweiligen Einschränkung) anbelangt, verhält es sich so, dass die beanwaltete Beschwerdeführerin vor Gericht nichts Konkretes vorgebracht hat. Eine solche Haushaltsabklärung wäre auch dann von Bedeutung, wenn (entgegen den vorstehenden Erwägungen, an welchen weiterhin festzuhalten ist) die gemischte Methode zur Anwendung gelangen würde (unter der Annahme, dass die Versicherte im Gesundheitsfall mindestens eine Teilerwerbstätigkeit ausüben würde). Weder macht die Versicherte geltend, dass für den Bereich Ernährung (Anteil von 40% am gesamten Haushalt) die gesundheitlich bedingte Einschränkung höher sei, als die Abklärungsperson ermittelt hat (50%, bzw. gewichtet 20 %, vgl. IV-act. 27-6/9) noch dass analog für den Bereich Wohnungspflege (Anteil 30%) die ermittelte Einschränkung von 50% (gewichtet 15 %, vgl. IV-act. 27-7/9 oben) zu tief ausgefallen sei. Analog legte sie nicht dar, dass hinsichtlich des Bereichs Wäsche und Kleiderpflege (Anteil 20%) angesichts der auf der gleichen Etage vorhandenen Waschmaschine mit Tumbler zu Unrecht keine Einschränkung attestiert worden sei (IV-act. IV-act. 27-7/9 unten i.V.m. 23-7/8). Bei dieser Sachlage besteht kein Anlass, die von der Abklärungsperson ermittelte gesundheitsbedingte Einschränkung von insgesamt 35% in Frage zu stellen.

6. Die Beschwerde erweist sich nach dem Gesagten als unbegründet. Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten der Beschwerdeführerin auferlegt. Eine Parteientschädigung fällt ausser Betracht. Die Behandlung des Rechtsbegehrens Ziffer 4 erübrigt sich, nachdem der Rechtsvertreter mit Eingabe vom 22. November 2018 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung zurückgezogen hat.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

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

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

Schwyz, 22. Januar 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Romansch 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: 28. Januar 2019