

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2019 6

## Entscheid vom 10. April 2019

---

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

---

Parteien

A.\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,  
vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_,

**gegen**

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (geb. am \_\_\_\_\_ 1967) ist im Kosovo aufgewachsen und lebt seit über 23 Jahren in der Schweiz. Sie ist verheiratet und Mutter von vier zwischenzeitlich erwachsenen Kindern. Am 3. Januar 2006 unterzeichnete sie einen Arbeitsvertrag der Firma C.\_\_\_\_\_ AG (D.\_\_\_\_\_ [Ort]) für ein Teilpensum als Reinigungsmitarbeiterin (IV-act. 3-4f./8). Am 1. Februar 2007 trat sie eine Stelle beim E.\_\_\_\_\_ mit einem Mindestpensum von 16 Wochenstunden an (IV-act. 3-7f./8). Vom 21. Januar 2014 bis zum 31. Oktober 2015 war sie im Rahmen eines Teilpensums (Zimmerreinigung/ Wäsche) im Hotel F.\_\_\_\_\_ (G.\_\_\_\_\_ [Ort]) angestellt (IV-act. 4). Vom 28. November 2015 bis zum 9. Januar 2016 hielt sie sich in der H.\_\_\_\_\_ (Klinik) auf (IV-act. 5-10ff./32).

**B.** Am 4. April 2016 ging bei der IV-Stelle Schwyz eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen ein. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen wurden mit Schmerzen im Kopf-, Nacken- und Rückenbereich sowie mit Depressionen, Angst, Schlafstörungen umschrieben (vgl. IV-act. 1).

**C.** Die IV-Stelle veranlasste eine MEDAS-Begutachtung; der Begutachtungsauftrag wurde der I.\_\_\_\_\_ (J.\_\_\_\_\_ [Ort]) zugewiesen. Das MEDAS-Gutachten wurde am 9. März 2017 erstattet (IV-act. 19-2ff./73). Am 31. Dezember 2017 beantwortete die ärztliche Leitung der Gutachterstelle noch zusätzliche Fragen der IV-Stelle vom 23. Mai 2017 (IV-act. 28 i.V.m. IV-act. 21). In der Folge wurde noch eine Haushaltabklärung durchgeführt (mit Bericht vom 28.2.2018 = IV-act. 34).

**D.** Mit Vorbescheid vom 27. April 2018 kündigte die IV-Stelle an, das Leistungsbegehren werde abgewiesen (IV-act. 35). Dagegen liess A.\_\_\_\_\_ am 29. Juni 2018 Einwände erheben (IV-act. 38). Gestützt auf eine Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD Zentralschweiz) vom 12. Juli 2018 (= IV-act. 39-8f./9) erfolgte noch mit Schreiben vom 17. Juli 2018 (IV-act. 40) eine Rückfrage beim MEDAS-Psychiater, welche am 26. Juli 2018 beantwortet wurde (IV-act. 41-2ff./4). Am 29. Oktober 2018 folgte eine weitere Stellungnahme des RAD Zentralschweiz (IV-act. 42-8/8).

**E.** Am 3. Dezember 2018 verfügte die IV-Stelle, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde.

Gegen diese am 7. Dezember 2018 eingegangene Verfügung liess A.\_\_\_\_\_ (unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes nach Art. 38 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, i.V.m. Art. 60 ATSG) rechtzeitig am 22. Januar 2019 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 3. Dezember 2018 sei aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2016 eine Rente zuzusprechen.
2. Es sei ein psychiatrisches Gerichtsgutachten zu veranlassen und hernach neu über die zumutbare Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und deren wirtschaftliche Verwertbarkeit sowie über den Invaliditätsgrad zu entscheiden.
3. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die erforderlichen Abklärungen vornehme und anschliessend über den Rentenanspruch neu entscheide.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

**F.** Mit Vernehmlassung vom 25. Februar 2019 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde vom 22. Januar 2019 sei abzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdeführerin.

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

**1.1** Nach Art. 4 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes (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** Um den Invaliditätsgrad im Einzelfall festzulegen, werden in der Invalidenversicherung unterschiedliche Bemessungsmethoden verwendet.

**1.2.1** Die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs kommt grundsätzlich bei allen Vollerwerbstätigen zur Anwendung sowie bei Teilerwerbstätigen, welche daneben nicht auch noch in einem Aufgabenbereich tätig sind. Der Invaliditätsgrad wird hier durch die Gegenüberstellung der zumutbaren Erwerbseinkommen ohne und mit Gesundheitsschaden ermittelt (Ralph Leuenberger/ Gisella Mauro, Invalidenversicherung, Änderungen bei der gemischten Methode, in: Soziale Sicherheit/ CHSS 1/2018, S. 40f.). Hier bestimmt sich der Invaliditätsgrad gemäss

Art. 28a Abs.1 IVG i.V.m. 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 diese Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht. Vielmehr ist hier die Invalidität auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (Meyer/ Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. A., Art. 28a N 27).

Die Invalidität bemisst sich hier 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). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 Erw. 1b).

**1.2.2** Die gemischte Methode betrifft Personen, die einem Teilerwerb nachgehen, d.h. nicht auf die im betreffenden Beruf übliche Arbeitszeit kommen, und zusätzlich noch in einem Aufgabenbereich beschäftigt sind. Der Invaliditätsgrad wird für die Erwerbstätigkeit (wie bereits erwähnt) nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs ermittelt, der Invaliditätsgrad für die Tätigkeit im Aufgabenbereich nach der spezifischen Methode des Betätigungsvergleichs (vgl. Art. 28a Abs. 3 IVG). Die spezifische Methode des Betätigungsvergleichs betrifft nach Art. 28a Abs. 2 IVG Personen, die keine Erwerbstätigkeit ausüben und sich in einem Aufgabenbereich wie dem Haushalt betätigen. Der Invaliditätsgrad wird bei einer Abklärung vor Ort durch die Gegenüberstellung der ohne und mit Gesundheitsschaden ausgeübten bzw. möglichen Tätigkeiten im Aufgabenbereich festgelegt (vgl. Leuenberger/ Mauro, a.a.O. S. 41).

**1.2.3** Für die Bemessung des Invaliditätsgrads werden bei der gemischten Methode der Erwerbsteil und der Aufgabenbereich zunächst separat betrachtet. Für den Erwerbsteil wird (wie erwähnt) die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs angewendet. Dabei wird zunächst die Einkommenseinbusse berechnet, d.h. es wird das Einkommen, welches die versicherte Person zumutbarerweise mit dem Gesundheitsschaden noch erzielen kann (Invalideneinkom-

men) vom Einkommen, welches die versicherte Person ohne Gesundheitsschaden erzielen konnte (Valideneinkommen), abgezogen. Danach wird die Einbusse als Anteil des Valideneinkommens in Prozenten ausgewiesen. Der so erhaltene Invaliditätsgrad aus dem Erwerbsteil wird mit dem Anteil der Erwerbstätigkeit (Pensum, welche von der versicherten Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgeübt würde) multipliziert, um den gewichteten Invaliditätsgrad zu erhalten.

Die Invalidität in Bezug auf den Aufgabenbereich wird durch einen Betätigungsvergleich bestimmt. Die ermittelte Invalidität wird sodann mit dem Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich (als dem verbleibenden Pensum, wenn der Anteil der Erwerbstätigkeit von 100 abgezogen wird) multipliziert. Daraus ergibt sich der gewichtete Invaliditätsgrad im Aufgabenbereich.

Der gesamte Invaliditätsgrad ergibt sich letztlich durch Addition der in beiden Bereichen berechneten und gewichteten Teilinvaliditäten (vgl. Leuenberger/ Mauro, a.a.O. S. 41f.).

**1.3** 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).

**1.4.1** 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).

**1.4.2** 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).

**1.4.3** 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).

**1.4.4** 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 die Verwaltung und im Streitfall Gerichte 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. Die ärztlichen Angaben sind 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, mehrfach bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 Erw. 4).

**1.5** Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis

nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. A. Rz. 153; Urteil des Bundesgerichts 8C\_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3; BGE 134 I 140 Erw. 5.3).

**2.** Aus den vorliegenden Unterlagen sind zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Versicherten u.a. die nachfolgenden Angaben zu entnehmen.

**2.1** Dr.med. K.\_\_\_\_\_ (FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation) untersuchte die Versicherte am 26. und 29. Oktober 2012. In ihrem Bericht vom 30. Oktober 2012 an den Hausarzt med.prakt. L.\_\_\_\_\_ (Innere Medizin) führte sie aus, dass die Versicherte seit über 10 Jahren über zunehmende Schmerzen im ganzen Oberkörper klagt (seit 2 Monaten Dauerschmerz). Es bestünden Müdigkeit, unerholsamer Schlaf, Palpitationen sowie ein hohes subjektives Krankheitsgefühl. Diese Ärztin stellte folgende Diagnosen: Fibromyalgiesyndrom sowie Adipositas per magna mit myofaszialer Dekonditionierung. Die stundenweise geplante Arbeitsaufnahme wurde von Dr.med. K.\_\_\_\_\_ als "hinsichtlich der Krankheitsverarbeitung sehr förderlich" beurteilt (IV-act. 5-22f./32).

**2.2** Nach einer ambulanten neurologischen Untersuchung am 9. Juli 2015 stellte Dr.med. M.\_\_\_\_\_ (Leitender Arzt Neurologie, Spital N.\_\_\_\_\_) folgende Diagnose: Sehr wahrscheinlich phobischer Schwindel seit anfangs April 2015 (IV-act. 5-27/32).

**2.3.1** Beim Eintritt in die H.\_\_\_\_\_ (28.11.2015) berichtete die Versicherte, seit ca. 16 Jahren an Fibromyalgie zu leiden. Seit Ende April 2015 seien starke Schmerzen aufgetreten, insbesondere an der Wirbelsäule, am Nacken und an den Schultern. Zudem leide sie unter häufigen starken Kopfschmerzen (migräneartig) sowie starkem Schwankschwindel, weshalb sie sich nicht mehr getraue, alleine nach draussen zu gehen (IV-act. 5-15/32).

**2.3.2** Nach dem Klinikaustritt am 9. Januar 2016 stellten Dr.med. O.\_\_\_\_\_ (Chefärztin/ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie), die Spitalfachärztin P.\_\_\_\_\_ sowie zwei tätig gewordene Psychologen im Austrittsbericht vom 15. Januar 2016 folgende Diagnosen (vgl. IV-act. 5-10/32):

F 45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren  
Arterielle Hypertonie  
Fibromyalgie

Des Weiteren wurde im Austrittsbericht u.a. ausgeführt, dass die Versicherte beim Eintritt ein depressives Zustandsbild mit verminderter Konzentration und Merkfähigkeit, Grübeln, Einengung auf Körpersymptome, verschiedenen Ängsten, Antriebsarmut und Durchschlafstörungen gezeigt habe. Insgesamt erscheine die Versicherte als "eher klagsam und nur bedingt veränderungsmotiviert" (IV-act. 5-11/32). Die Arbeitsfähigkeit wurde während des Klinikaufenthalts sowie anschliessend bis zum 24. Januar 2016 auf 0% veranschlagt (IV-act. 5-12/32 oben). Die behandelnde Physiotherapeutin notierte, dass sich die Versicherte seit September 2015 nicht mehr in der Lage fühle, ihren Haushalt zu machen; seither werde der Haushalt von der Schwiegertochter erledigt. Die Versicherte mache den Eindruck, passiv zu sein; auf die Frage, was ihr Ziel sei, habe die Versicherte geantwortet: "es soll mir geholfen werden" (IV-act. 5-14/32 oben).

**2.4** Pract.med. Q. \_\_\_\_\_ (Oberarzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes SPD R. \_\_\_\_\_, zwischenzeitlich Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie, APP Schwyz, Standort R. \_\_\_\_\_) stellte in seinem Bericht vom 2. Februar 2016 an den Hausarzt die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Seine Befunde fasste er wie folgt zusammen (IV-act. 5-9/32):

1967 geborene, normal gekleidete Patientin in normalen AZ und normalen EZ. Im Gespräch mittelmässig bis gut Deutsch und Schweizerdeutsch sprechend. Im Gespräch leichte Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen auffällig, die Patientin hat Mühe sich zu fokussieren und zu konzentrieren, keinerlei Anhaltspunkte für Zwänge, Wahnerleben, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Patientin hat eine mittelgradige Grübelneigung, Ängste um die Zukunft und ihre weitere gesundheitliche Situation. Im Kontakt weiterhin freundlich zugewandt und schwingungsfähig, motorisch etwas unruhig. Weiterhin mittelgradig gestörtes Vitalgefühl, leichte Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit, mittelgradige Unruhe und sozialer Rückzug. Kein Anhalt für akute Suizidalität oder Fremdgefährdung.

**2.5** Dr.med. S. \_\_\_\_\_ (ORL Facharzt FMH) stellte in seinem Bericht vom 28. Mai 2016 an den Hausarzt nach einer Untersuchung der Versicherten die Diagnose einer chronischen Rhinopharyngitis. Seine Beurteilung fasste er wie folgt zusammen (IV-act. 5-18/32):

Anlässlich der Untersuchung finden sich vor allem die Befunde einer chronischen, zu Trockenheit neigenden Schleimhautreizung im Bereich der Nase, wie auch des Rachens. Anhaltspunkte für eine weiterführende Pathologie finden sich zur Zeit nicht.

Auch bezüglich der Schwindelbeschwerden finden sich keine Anhaltspunkte für eine otogene Ursache dafür.

**2.6** Der die Versicherte seit Januar 2012 behandelnde Hausarzt (Dr.med. T. \_\_\_\_\_, U. \_\_\_\_\_ [Ort]) stellte in seinem bei der Vorinstanz am 20. Juni 2016 eingegangenen Bericht folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits-

fähigkeit: Chronische somatoforme Schmerzstörung und Fibromyalgie (IV-act. 5-1/32).

**2.7** Der behandelnde Psychiater pract.med. Q. \_\_\_\_\_ stellte im Verlaufsbericht vom 19. Juli 2016 an die IV-Stelle folgende Diagnosen (IV-act. 7-2/5, Ziff. 1.1):

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit begleitender  
ängstlicher depressiver Symptomatik  
Verdacht auf Agoraphobie (ICD-10 F40.0)

Weiter führte der behandelnde Psychiater u.a. aus (IV-act. 7-3f./5):

Die Patientin leidet vor allem an Konzentrationsstörungen, mittelgradig gedrückter Stimmung, deutlicher Antriebslosigkeit und mittelgradigen Zukunftsängsten sowie innerer Unruhe und häufigem Gedankenkreisen um ihre Kopf-, Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen. Damit verbunden deutliche Tagesmüdigkeit und Erschöpfung sowie Überforderungsgefühle und Ein- und Durchschlafstörungen.

(...)

Aufgrund ihrer Konzentrationsstörungen, ihres Gedankenkreises, ihrer Schlafstörungen, der Zukunftsängste, Antriebslosigkeit und vor allem intermittierenden Erschöpfung mit diversen Schmerzbeschwerden zeigt die Patientin eine derartig eingeschränkte Befindlichkeit vor allem bei der Merkfähigkeit, Ausdauer und Stressbelastbarkeit, so dass sie in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungskraft nicht mehr arbeitsfähig ist.

(...)

Aufgrund der oben genannten Symptomatik mit vor allem reduzierter Stressbelastbarkeit und Ausdauer sowie rascher Ermüdbarkeit und Antriebslosigkeit erscheint die Patientin derzeit aus psychiatrischer Sicht zu 100% arbeitsunfähig.

**2.8** In einer Stellungnahme des RAD Zentralschweiz vom 20. September 2016 (Dr.med.univ. Dr.phil. V. \_\_\_\_\_, FHM Psychiatrie/Psychotherapie, dipl. Neuropsychologie) wurde mit der Begründung, dass es bei der Versicherten schwierig sei, somatische und somatoforme Symptome abzugrenzen, die Durchführung einer MEDAS-Begutachtung empfohlen (IV-act. 8-5/5).

**2.9.1** Der Begutachtungsauftrag wurde der I. \_\_\_\_\_ (J. \_\_\_\_\_) zugewiesen. An diesem am 9. März 2017 erstatteten MEDAS-Gutachten wirkten folgende Sachverständige mit (IV-act. 19-33/73):

- Dr.med. W. \_\_\_\_\_ (Allgem. Innere Medizin FMH/ zert. med. Gutachter SIM)
- Prof. Dr.med. X. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie/ zert. med. Gutachter SIM)
- lic.phil. Y. \_\_\_\_\_ (Psychologin FSP)
- med.pract. Z. \_\_\_\_\_ (Facharzt Psychiatrie u. Psychotherapie, Vertrauensarzt SGV, zert. med. Gutachter SIM)

**2.9.2** Im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung stellten die MEDAS-Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 19-29/73):

Mittelgradige neuropsychologische Störung  
Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2)

**2.9.3** Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter auf (IV-act. 19-29/73, Ziff. 5.3.2):

Vd. a. chronisches somatoformes Schmerzsyndrom  
Psychogener (phobischer) Schwindel  
Arterielle Hypertonie  
Anamnestisch Hypercholesterinämie  
Adipositas, WHO Grad II

**2.9.4** Zur Frage des Arbeitsfähigkeitsgrades nahmen die Gutachter wie folgt Stellung (IV-act. 19-32/73):

Die einzelnen Teilgutachter attestierten folgende Arbeitsunfähigkeiten bzw. Arbeitsfähigkeiten in der bisherigen Tätigkeit bzw. in einer Verweistätigkeit:

Durch die jeweiligen Teilgutachter attestierte Arbeitsunfähigkeiten

	Bisherige Tätigkeit (Zimmerdame)	Verweistätigkeit
Innere Medizin	0%	0%
Neurologie	0%	0%
Neuropsychologie	50% bis 70%	0%
Psychiatrie	≤ 20%	≤ 20%

Hieraus ergibt sich aus interdisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 50% bis 70% und in einer Verweistätigkeit von ≤ 20%. Dabei gilt das seitens des neuropsychologischen Teilgutachters geäußerte Fähigkeitsprofil.

Im neuropsychologischen Teilgutachten wurde das in Betracht fallende Fähigkeitsprofil wie folgt umschrieben (vgl. IV-act. 19-21/73 i.V.m. 19-53/73 oben):

Unter Einbezug ihres generell tiefen Bildungsniveaus sowie der deutlichen psychischen Überlagerungen kann aus neuropsychologischer Sicht heute zusammenfassend festgehalten werden, dass die Explorandin Arbeiten, wie es einfache Arbeitsabläufe einer Zimmerdame (Betten machen, Bad reinigen u.ä.) erfordern, durchaus zu erfüllen in der Lage ist, sie jedoch bei jedwelchen Belastungen wie kognitiv anspruchsvolleren Aufgaben (z.B. Minibarabrechnung) und Zeit-/Erwartungsdruck sofort deutlich überfordert ist.

**2.10** Nach einer Prüfung des Gutachtens regte der RAD-Arzt AA. \_\_\_\_\_ (Facharzt Allg. Innere Medizin/ zert. med. Gutachter SIM) am 23. Mai 2017 eine Rückfrage bei den MEDAS-Gutachtern an, welche zum einen den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit und zum andern eine genauere Umschreibung des Fähigkeitsprofils für angepasste Tätigkeiten betraf (vgl. IV-act. 20-4/4). Diese Rückfrage wurde gleichentags von der IV-Stelle schriftlich vorgenommen (IV-act. 21).

**2.11** Nach mehreren Mahnungen der IV-Stelle (IV-act. 22, 23) trafen am 8. Januar 2018 folgende Antworten der Gutachterstelle auf die vorinstanzliche Rückfrage vom 23. Mai 2017 ein (IV-act. 30-2/2):

**- Verlauf der Arbeitsunfähigkeit?**

Aufgrund der Aktenlage muss die von uns attestierte Arbeitsunfähigkeit wahrscheinlich mit Beginn des Jahres 2015, sicher aber seit Beginn von 2016 als bestehend postuliert werden.

**- Fähigkeitsprofil für die angepasste Tätigkeit bitte genau definieren:**

Aufgrund der kognitiven Defizite und der psychiatrischen Diagnosen erachten wir eine Tätigkeit mit hoch repetitiven Arbeiten mit stets gleichbleibenden Abläufen ohne Endverantwortung als angepasste Tätigkeit geeignet.

Diese Einschätzung wurde vom RAD-Arzt AA. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 18. Januar 2018 übernommen (IV-act. 31-5/5).

**2.12** In einem Bericht vom 27. Juni 2018 an die Rechtsvertreterin der Versicherten führte der behandelnde Psychiater (APP Oberarzt pract.med. Q. \_\_\_\_\_) aus, dass die Versicherte seit der psychiatrischen Begutachtung regelmässig ("in ca. 14-tägigen Abständen") ambulant psychiatrisch behandelt worden sei, wobei sich das psychische Befinden deutlich verschlechtert habe. Die Versicherte beklage weiterhin regelmässig in den Therapiestunden deutliche Schulter-, Nacken-, Kopf- und Rückenschmerzen sowie Übelkeit und Schwankschwindel verbunden mit Gleichgewichtsstörungen und der Angst zu stürzen. Sie habe sich deswegen noch mehr sozial zurückgezogen, traue sich oft alleine kaum noch aus der Wohnung und müsse den Weg in die Therapiestunden meist in Begleitung eines Familienmitgliedes bewältigen. Die Behandlung habe intensiviert werden müssen und seit Mai 2018 besuche sie die sozialpsychiatrische Tagesstätte (zur Tagesstrukturierung und als Vorstufe für eine etwaige geschützte Arbeit). Dort habe sie Mühe, die geringen Anforderungen an Struktur und Routine einzuhalten. Zudem habe sich die Stimmungslage verschlechtert und sie zeige vermehrt Verzweiflungsgefühle, gedrückte Stimmung mit Affektinkontinenz mit spontanem Weinen und auch Suizidgedanken. Von ihrem aktuellen Funktionsniveau her könne sie ihren Alltag (Haushalt, Waschen, Kochen etc.) nur mit Hilfe von anderen Familienmitgliedern noch bewältigen. Insgesamt zeige die Versicherte aus psychiatrischer Sicht aktuell mindestens die Symptomatik einer andauernden mittelgradigen depressiven Episode und zusätzlich mit andauernden Schmerzbeschreibungen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, dazu noch eine ausgeprägte Angstsymptomatik mit agoraphoben Zügen mit Antriebslosigkeit und einer starken Vermeidungshaltung. Somit könne diagnostisch nicht mehr lediglich von einer "Angst und Depression gemischt" ausgegangen werden und die Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit von nur 20% erscheine als unangemessen.

**2.13** In einer konsiliarischen Stellungnahme vom 12. Juli 2018 äusserte sich die RAD-Psychiaterin (Dr.med.univ. Dr.phil. V. \_\_\_\_\_) wie folgt (IV-act. 39-8f./9):

Ich habe das neuropsychologische Gutachten bezüglich Qualität genau geprüft. Es wurde den Guidelines der neuropsychologischen Fachgesellschaft entsprochen. Die Begutachtung erfolgte lege artis. Dass sich bei den psychometrischen Tests eine Aufmerksamkeitsstörung darstellte, hingegen nicht bei der psychiatrischen Exploration, stellt keine Diskrepanz dar. Weil bei der Untersuchung kognitiver Störungen die Testung diagnostisch genauer ist als die psychiatrische Exploration, also die neuropsychologischen Untersuchungstechniken den psychiatrischen bei diesem (kognitiven) Aspekt überlegen sind, werden ja Testungen eingesetzt. Das ist der Sinn zusätzlicher neuropsychologischer Begutachtungen. Sie erbringen gegenüber den psychiatrischen Gutachten einen zusätzlichen Informationsgewinn. Das psychiatrische Gutachten wurde ebenfalls konform zu den versicherungspsychiatrischen Guidelines der Fachgesellschaften erstellt. Auch hier ist die Gutachtenqualität als gut einzustufen.

Dass ärztliche Behandler aufgrund ihres Naheverhältnisses zu Versicherten medizinische Sachverhalte anders, nämlich "zugunsten" ihrer Patient\_innen, beurteilen als neutrale Gutachter, ist hinlänglich bekannt, hierzu gibt es bundesgerichtliche Urteile. Auf die vorgängigen diagnostischen Einschätzungen (z.B. Triaplus) geht der Gutachter ein, er kommt diagnostisch zu anderen Beurteilungen. Daher differieren auch die Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit. Denn die Beurteilungen der AF stellen quasi die Conclusio auf der "Endstrecke" dar; Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit von verschiedenen medizinischen Fachpersonen (z.B. Psychiatern) können nur "verglichen" werden, wenn die diagnostischen (inklusive funktionsdiagnostischen) Beurteilungen gleich sind. Dies ist aber hier nicht der Fall. Ob eine Fremdanamnese von Gutachtern durchgeführt wird, liegt im Ermessen des Begutachtenden. Die Guidelines formulieren hier kein Obligatorium. Angehörige von Versicherten, die eine Rente beantragt haben, bieten ja keineswegs immer nur objektive Informationen an. Kommt ein Gutachter ohne diese zusätzlichen Statements von dritten Personen zu einem klaren Bild, so kann er aus fachlichen Gründen durchaus nachvollziehbar einer fremdanamnestischen Erhebung entraten.

Arbeitsprofil: einfache Reinigungstätigkeiten ohne Zeit- und Erwartungsdruck stellen, dies sei aus Sicht der arbeitsmedizinischen Berufskunde angemerkt, durchaus keine Nischentätigkeit dar. Es gibt in der Tat gesellschaftliche Bereiche und Institutionen, in denen Reinigungskräfte bei ihrer Tätigkeit gehalten sind Ruhe ausstrahlen. Die Vorgaben des Bundesgerichts (BG-Urteil 9C\_492/2014 vom 3.6.2015) bezüglich Indikatorenprüfung wurden aus versicherungsmedizinischer Sicht fachgerecht umgesetzt.

Im Übrigen empfahl die RAD-Psychiaterin, die Einwände der Versicherten den MEDAS-Gutachtern vorzulegen (IV-act. 39-9/9).

**2.14** Daraufhin nahm der MEDAS-Psychiater med.pract. Z. \_\_\_\_\_ in einem Schreiben vom 26. Juli 2018 wie folgt Stellung (IV-act. 41-3f./4):

Wie im psychiatrischen Gutachten ausführlich dargestellt, konnten die zur Diagnose-Stellung zum einen einer schwerwiegenden depressiven Störung sowie einer Erkrankung aus dem somatoformen Diagnose-Spektrum nicht festgestellt werden

(vergl. hierzu auch die im psychiatrischen Teilgutachten gemachten Angaben zu den Diagnose-Kriterien).

Es kann nochmals ausdrücklich darauf verwiesen werden, dass zur Erstellung des Gutachtens die notwendigen Diagnose-Kriterien nicht feststellbar waren.

Ausdrücklich konnte auch keine depressive Störung festgestellt werden.

Es darf darauf verwiesen werden, dass depressive Störungen prinzipiell eine gute Prognose haben und behandelbar sind, wie dies bei der Versicherten auch mit Amitriptylin geschieht. Wie im Gutachten angeführt, scheint die Medikation wohl einen positiven, stabilisierenden Effekt bei der Versicherten zu haben. Es darf auch darauf verwiesen werden, dass insgesamt leichte und mittelgradig depressive Episoden nicht geeignet sind, auf Dauer eine Arbeitsunfähigkeit insbesondere nicht in rentenbegründendem Ausmass zu bedingen.

Betreffend die depressive Störung kann keine andere Aussage, als die im Gutachten getroffen wurden, gemacht werden.

Die Angabe, dass eine Verschlechterung seit Erstellen des Gutachtens eingetreten sei, kann der Referent aus nachvollziehbaren Gründen nicht beantworten.

Es darf weiter ausgeführt werden, dass die Behandlungsaktivität insgesamt trotzdem als gering zu bezeichnen ist. Mit Ausnahme der Rehabilitationsbehandlung wurde eine weitere Rehabilitation im Jahre 2002 (nicht psychosomatisch) durchgeführt. Hier würden sich, sofern benötigt, allfällige Therapieoptionen ergeben.

Es erschien jedoch so, dass bei der Versicherten Faktoren, die nicht in einem versicherungspsychiatrisch zu wertenden Leiden zu subsumieren waren, bestanden, dass hierbei persönliche Ansichten und soziokulturelle Faktoren eine Rolle bei der Aufrechterhaltung der Störung zukam, so dass es hier prinzipiell nicht verwunderlich erscheint, wenn keine Veränderungen im subjektiven Erleben der Versicherten erzielbar sein sollten. Hier sei auf das Konzept des Krankenrollenverhaltens verwiesen.

Betreffend die Konzentrationsstörung kann noch einmal ausgesagt werden, dass ausdrücklich keine Störung der Kognition (Konzentration, Aufmerksamkeit, Auffassung, Merkfähigkeit) während der Exploration bemerkbar war und sich auch keine solche Symptomatik im Psychostatus niederschlug. Es sei darauf verwiesen, dass es auch, wenn selten, Störung der Kognition geben kann, ohne dass eine psychiatrische Grundstörung besteht, ohne dass eine psychiatrische Diagnose besteht und dass die Einschränkung im Bereich der Kognition dann nicht durch eine psychiatrische Diagnose bedingt ist.

Der ständig sich wiederholende Hinweis der Fürsprecherin der Versicherten, dass der Behandler die Arbeitsunfähigkeit bei der Versicherten höher einschätze als der Referent, kann auf die Studie des Instituts für Klinische Epidemiologie und Biostatistik am Universitätsspital Basel verwiesen werden.

Hier wurden die Unterschiede in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter und die Behandler untersucht. In der Studie wird besonders darauf verwiesen, dass die behandelnden Ärzte "in grösserem Ausmass persönliche und psychosoziale Umstände berücksichtigen, welche von den Gutachtern als invaliditätsfremd eingestuft werden".

Eine Indikatoren-Prüfung, wie dies am Ende des Gutachtens angeführt wurde, wurde durchgeführt und eine gleichmässige Einschränkung in allen vergleichbaren Bereichen konnte bei der Versicherten nicht festgestellt werden, so dass sich mit dem Schreiben der Fürsprecherin, für den Referenten keine neuen Aspekte erga-

ben und somit auch an der Beurteilung, entsprechend des Gutachtens festgehalten wird.

Zu der angeführten Verschlechterung bei der Versicherten, seit Erstellung des Gutachtens, wie von der Fürsprecherin angeführt wird, kann aus verständlichen Gründen vom Referenten keine Stellung genommen werden.

**2.15** In einer konsiliarischen Stellung vom 29. Oktober 2018 gelangte die RAD-Psychiaterin (Dr.med.univ. Dr.phil. V. \_\_\_\_\_) zum Resultat, dass nach einer umfassenden Prüfung der Einwände der Versicherten und der zusätzlichen Abklärungsergebnisse auf die polydisziplinäre Begutachtung durch die I. \_\_\_\_\_ - Gutachterstelle abgestellt werden könne (IV-act. 42-8/8).

**3.1** Was die somatischen Beeinträchtigungen der Versicherten anbelangt, basiert das vorliegende MEDAS-Gutachten vom 9. März 2017 (abgesehen von der psychiatrischen und neuropsychologischen Abklärung) auf einer neurologischen und einer internistischen Untersuchung.

**3.2.1** Die hauptgutachtliche Exploration auf internistischem Fachgebiet basiert zunächst auf einer detaillierten Anamnese (Zusammenfassung der medizinischen Berichte, vgl. IV-act. 19-5/73 bis IV-act. 19-15/73), anschliessend einer Beschreibung der Krankheitsentwicklung, der aktuellen Leiden, der therapeutischen Bemühungen, der persönlichen Anamnese, der Systemanamnese, der Familien- und Sozialanamnese; Ausbildungs- und Arbeitsanamnese, der Haushaltführung, des Tagesablaufs und der Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit und Ressourcen (vgl. IV-act. 19-15/73 bis 19-18/73). Es folgen die objektiven Befunde, gegliedert in Verhalten, körperliche Untersuchungsbefunde (Allgemeines/ Kopf- und Halsbereich/ Haut/ Herz-, Kreislaufsystem/ Atmung/ Bauchraum, Nierenlager/ Bewegungsapparat, siehe IV-act. 19-18f./73). Aufgrund der aktuellen Anamnese, der körperlichen Untersuchungen sowie aufgrund der Aktenlage folgerte der Sachverständige, dass auf allgemein-internistischem Fachgebiet keine IV-relevante Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bzw. keine entsprechende Funktionseinschränkung resultiere; die Adipositas wirke sich sicherlich in verschiedener Hinsicht ungünstig aus (u.a. vermehrte Belastungen im Bewegungsapparat), sie habe für sich genommen aber keine eigene IV-Relevanz (IV-act. 19-19f./73).

**3.2.2** Dieses Zwischenergebnis wird von der beanwalteten Beschwerdeführerin vor Gericht auch nicht ansatzweise in Frage gestellt, weshalb kein Anlass besteht, davon abzuweichen.

**3.3.1** Das neurologische Teilgutachten enthält zunächst eine Zusammenfassung der relevanten fachspezifischen Akten (IV-act. 19-40/73 bis 19-42/73). Daraufhin

folgen eine Beschreibung der Krankheitsentwicklung, der aktuellen Leiden sowie der aktuellen therapeutischen Bemühungen (IV-act. 19-43f./73). Nach der persönlichen Anamnese, der für das Teilgutachten relevanten systemanamnestischen Angaben, der Familienanamnese, der Sozialanamnese, der Ausbildungs- und Arbeitsanamnese, der Haushaltführung und dem Tagesablauf folgt die Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit sowie der Ressourcen (IV-act. 44/73 bis 19-46/73). Die objektiven Befunde gliedern sich in einen allgemeinen Teil, Hirnnerven, Motorik, Sensibilität, Koordination, Neuropsychologie und Vegetativum (IV-act. 19-46f./73). Aus neurologischer Sicht gelangte der Sachverständige, nachdem er auf seinem Fachgebiet keine Normabweichungen finden konnte, zu folgender Beurteilung (vgl. IV-act. 19-48/73):

Es besteht ein chronisches Schmerzsyndrom mit Schmerzhaftigkeit der Hals-, Nacken- und Armmuskulatur beidseits, teilweise auch Rückenschmerzen. Neurologische Befundauffälligkeiten sind zu keinem Zeitpunkt aufgetreten. In den vergangenen zwei Jahren ist die Schmerzsymptomatik von einer Angst- und Panikstörung überlagert worden, die jetzt im Vordergrund steht. Der auch geklagte Schwindel ist als psychogener (phobischer) Schwindel einzuordnen und fügt sich insoweit problemlos in die anderen beiden Diagnosen ein. Er erfüllt sicherlich nicht die Kriterien einer Vestibularisparoxysmie. Insoweit ist der enge Gefäß-Nervenkontakt, der sich in der MRI Schädel, Institut für Radiologie, Spital Lachen, am 09.07.2015 darstellte, als nicht krankheitswertiger Zufallsbefund zu werten. In diesem Sinne sind auch die in dieser Untersuchung dargestellten vereinzelt unspezifischen supratentoriellen Entmarkungen zu interpretieren, die in der entsprechenden Altersgruppe häufig sind und keinen Krankheitswert besitzen.

Genuin neurologische Diagnosen sind daher nicht zu stellen.

**3.3.2** Auch dieses Zwischenergebnis wird vor Gericht nicht substantiiert in Frage gestellt. Damit kann aus neurologischer Sicht keine relevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit hergeleitet werden.

**3.4** Bei dieser Sachlage verhält es sich so, dass der Beweiswert des vorliegenden MEDAS-Gutachtens, soweit es um die somatischen Belange geht, zu bejahen ist (zur psychiatrischen und neuropsychologischen Abklärung siehe nachfolgend). Diesbezüglich sind die von der Rechtsprechung formulierten Vorgaben ausreichend erfüllt. Die somatischen Berichte sind für die streitigen Belange umfassend und beruhen auf allseitigen Untersuchungen, welche auch die geklagten Beschwerden mitberücksichtigen. Sodann wurden auch die Vorakten erfasst und gewürdigt. Insgesamt erweisen sich die Schlussfolgerungen der somatischen Experten als begründet und nachvollziehbar. Es besteht kein Anlass, davon abzuweichen. Demnach ist *aus rein somatischer Sicht* bzw. den vorerwähnten Fachdisziplinen (vgl. Erw. 3.1 bis 3.3.2) für die angestammte Tätigkeit (Reini-

gung/ Zimmer herrichten) aber auch für Verweistätigkeiten grundsätzlich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu veranschlagen.

**4.** In der Folge sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Versicherten *aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht* sowie die darauf zurückzuführenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit näher zu prüfen. Was die psychiatrischen Abklärungen anbelangt, ist vorab hervorzuheben, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. 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.; VGE I 2018 106 vom 11.03.2019 Erw. 5.5.1).

**4.1** Ausgangspunkt zur Beurteilung der psychiatrischen Beeinträchtigungen bildet der Austrittsbericht der H.\_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2016. Damals zeigte die Versicherte ein depressives Zustandsbild mit verminderter Konzentration und Merkfähigkeit, Grübeln, Einengung auf Körpersymptome, verschiedenen Ängsten, Antriebsarmut und Durchschlafstörungen (vgl. Erw. 2.3.2).

**4.2** Im Bericht des die Versicherte seit August 2015 behandelnden Psychiaters (pract.med. Q.\_\_\_\_\_, Oberarzt APP Schwyz), welcher am 21. Juli 2016 bei der Vorinstanz einging, wurden die bestehenden Einschränkungen die Versicherte mit Konzentrationsstörungen, mittelgradig gedrückter Stimmung, deutlicher Antriebslosigkeit, mittelgradigen Zukunftsängsten, innerer Unruhe, häufigem Gedankenkreisen um ihre Kopf-, Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen sowie einer damit verbundenen deutlichen Tagesmüdigkeit und Erschöpfung sowie Überforderungsgefühlen, Ein- und Durchschlafstörungen beschrieben (vgl. oben Erw. 2.7). Konkret sprach dieser Arzt von einer mittelgradigen Einschränkung des Konzentrationsvermögens, einer leichtgradigen Einschränkung des Auffassungsvermögens, einer mittelgradigen bis starken Einschränkung der Anpassungsfähigkeit sowie einer starken Einschränkung der Belastbarkeit (vgl. IV-act. 7-5/5 oben). Insgesamt ging er ursprünglich von einem Arbeitsunfähigkeitsgrad als Reinigungskraft von 40% bzw. 50% sowie schliesslich ab 1. November 2015 von andauernd 100% aus (vgl. IV-act. 7-3/5, Ziff. 1.6), wobei er in Anbetracht einer weitgehenden Stagnation in der durchgeführten Therapie von einer ungünstigen Prognose sprach (vgl. IV-act. 7-3/5, Ziff. 1.4 in fine).

**4.3** Der MEDAS-Psychiater (med.pract. Z. \_\_\_\_\_) hielt in seinem Teilgutachten vom 16. Januar 2017 u.a. fest, dass es sich um eine vorgealtert wirkende, adipöse, gepflegte Versicherte handelte. Die Kontaktaufnahme sei gut möglich gewesen. Sie sei freundlich und zugewandt gewesen mit einem hohen Mitteilungsbedürfnis, aber auch mit Schwierigkeiten, ihre Symptome, ihre Nöte und die damit verbundenen bzw. erlebten Einschränkungen zu verbalisieren. Mimik und Gestik seien lebhaft gewesen. Zeitweise habe sie bei belastenden Themenkomplexen etwas bedrückt und dem Weinen nahe gewirkt. Die Deutschkenntnisse seien für die Durchführung der Exploration ausreichend gewesen. Hinsichtlich des Psychostatus nach AMDP führte der Sachverständige u.a. aus (vgl. IV-act. 19-64f./73):

- Orientierung: erhalten, Vigilanz, bewusstseinsklar, altersorientiert;
- dass das Ich-Bewusstsein ungestört war; keine Hinweise auf Fremdbeeinflussungserlebnisse, Depersonalisierung oder Derealisationsphänomene;
- dass die Versicherte die Exploration aufmerksam verfolgte; ihre Konzentration habe im Verlauf der Untersuchung nicht merklich nachgelassen; sie sei nicht abgelenkt und auch nicht leicht ablenkbar gewesen; keine Störungen des Kurz- oder Langzeitgedächtnisses; Merkfähigkeit nicht reduziert;
- dass das Denken flüssig und kohärent, zielgerichtet, zielführend war; keine Anhaltspunkte für formale oder inhaltliche Denkstörungen; keine Störung der Wahrnehmung;
- dass das Intelligenzniveau als gerade durchschnittlich differenziert zu bezeichnen sei, mit geringer Introspektions- und Reflexionsfähigkeit sowie eingeschränkter Abstraktionsfähigkeit;
- dass die Versicherte das Untersuchungszimmer im zügigen Gangbild betrat, vorwiegend ruhig wirkte, anfänglich etwas angespannt, was sich im Verlauf der Exploration etwas gelegt habe;
- dass die Affektivität sich weitgehend stabil ausgeglichen, situationsadäquat zeigte; die Schwingungsfähigkeit sei geringfügig eingeschränkt gewesen; zu keinem Zeitpunkt habe sich eine depressive Herabgestimmtheit beobachten oder explorieren lassen; es habe eine sorgenvolle Betrübtheit mit etwas ängstlichen Erwartungen bestanden;
- dass es sich bei der Primärpersönlichkeit am ehesten um eine etwas selbstunsichere, dependente, asthenische, möglicherweise auch dystym primär strukturierte Persönlichkeit handle;
- dass keine Zwänge von Alltagsrelevanz bestanden;
- dass die Willensbildung keine relevanten Beeinträchtigungen gezeigt habe; der Antrieb sei nicht reduziert gewesen;
- dass die Realitätsorientierung und der Realitätsbezug erhalten waren;
- dass die Motivationslage der Versicherten (Neugier, Spontanität, Interessen, unmittelbare Gegebenheiten der Umwelt) im Rahmen der Explorationssituation gegeben waren. Im häuslichen und privaten Umfeld habe die Versicherte eine Einschränkung der Motivation beklagt. Die Motivation in Bezug auf eine Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit erscheine erloschen. Dies sei von der Versicherten mit der von ihr erlebten und beklagten Symptomatik, insbesondere des Schwindels und des erlebten "Nicht-Könnens" begründet worden. Eine wesentliche Erklärung für das Bestehen der Symptomatik, ein Krankheitsmodell, habe die Ver-

sicherte nicht angegeben können. Auch habe kein auslösendes Element, keine einschneidende Veränderung, keine psychische Belastung für das plötzliche von der Versicherten angegebene Auftreten der beklagten Symptomatik 05/2015 exploriert werden können;

- dass keine Fremd- oder Eigengefährdung bestanden habe (keine diffusen passiven Todeswünsche und Überdrußgedanken); die Versicherte habe sich klar und glaubhaft von Suizidalität distanziert.

Des Weiteren folgte der Sachverständige aus dem untersuchten Medikamentspiegel, dass das Antidepressivum wohl weitgehend gemäss Angaben der Versicherten eingenommen wurde (IV-act. 19-66/73 unten).

Aus seinen Untersuchungen und festgestellten Befunden folgte der Sachverständige als psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit "Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2)". Ein depressives Zustandsbild konnte er (abgesehen von einer dystymen Herabgestimmtheit) nicht feststellen. Die von den bisherigen Behandlern nach der Aktenlage gestellten Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (H. \_\_\_\_\_) bzw. einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit begleitender ängstlicher und depressiver Symptomatik (APP Schwyz) konnte der Sachverständige nach Massgabe seiner Befunde nicht bestätigen, wobei er näher ausführte, weshalb er die entsprechenden Diagnosekriterien als nicht erfüllt erachtete (vgl. IV-act. 19-68f./73). Im Übrigen bescheinigte der Sachverständige, dass sich keine Hinweise für Aggravation oder Simulation/ Dissimulation ergaben (IV-act. 19-71/3, Ziff. 4.8).

Die verbliebene zumutbare Arbeitsfähigkeit veranschlagte der psychiatrische Sachverständige auf 80%. Zur Begründung führte er dazu u.a. was folgt aus (IV-act. 19-72f./73):

Die Versicherte ist in ihrer Arbeitsfähigkeit integral vor dem Hintergrund der gestellten Diagnose Angst und depressive Störung gemischt in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Reinigungskraft als eingeschränkt zu betrachten. Ebenso wie in einer ideal angepassten Tätigkeit, wobei angeführt werden darf, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine ideal angepasste Tätigkeit ist. Die Versicherte sollte Arbeiten, die unter Zeitdruck ausgeführt werden müssen, nicht durchführen. Günstig wäre die Arbeit in einem wertschätzenden kleinen harmonischen Team. Ausschliesslich Arbeiten mit Publikumsverkehr kann die Versicherte nicht bewältigen. Akkordarbeit sowie Schichtarbeit ist der Versicherten nicht mehr zuzumuten, ebenso wenig wie Sicherungsarbeiten auch für Dritte. Günstig wäre es, wenn sich die Versicherte das Arbeitstempo, das Einteilen der Pausen und die Menge selbst vorgeben und bestimmen könnte.

**4.4** Demgegenüber postulierte der behandelnde APP Oberarzt in einem Kurzbericht vom 27. Juni 2018, dass der Arbeitsunfähigkeitsgrad der Versicherten wesentlich höher sei, als der MEDAS-Gutachter (mit 20%) angenommen habe, ohne dass er in diesem Bericht eine konkrete Zahl nannte (IV-act. 38-6/7, vgl.

auch oben Erw. 2.12). Allerdings hatte der gleiche Behandler bereits rund ein halbes Jahr vor dieser MEDAS-Begutachtung den Standpunkt vertreten, dass angesichts des (vor der Begutachtung) bestehenden Zustandsbilds (mit Ängsten, gedrückter Stimmung, Antriebslosigkeit, fehlender Belastbarkeit etc., vgl. oben Erw. 2.7) von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei.

Bei dieser Sachlage verhält es sich so, dass ungeachtet der Fragestellung, inwiefern sich das psychische (durch Ängste, depressive Störungen etc. geprägte) Zustandsbild der Versicherten seit der MEDAS-Begutachtung verändert bzw. verschlechtert hat (wie der Behandler im zit. Bericht vom 27.6.2018 geltend machte), der Behandler grundsätzlich so oder anders von einer nicht mehr gegebenen Arbeitsfähigkeit ausgeht. Nachdem die Beurteilung des Schweregrades solcher Ängste und depressiven Störungen an verschiedenen Untersuchungstagen - auch wenn die jeweilige Untersuchung lege artis vorgenommen wurde - grundsätzlich in nachvollziehbarer Weise differieren kann, erweist es sich als fraglich, dass *durch eine weitere psychiatrische Untersuchung* mit Blick auf den zu eruierten Arbeits(un)fähigkeitsgrad eine überzeugendere Einschätzung gewonnen werden könnte.

**4.5.1** In diesem Zusammenhang sind zur Beurteilung des massgebenden Arbeits(un)fähigkeitsgrades die Erkenntnisse aus der neuropsychologischen Untersuchung heranzuziehen. Die neuropsychologische Sachverständige stellte zum einen ausdrücklich fest, dass sich im ganzen Untersuchungsverlauf weder Hinweise auf eine Aggravation, Dissimulation, noch auf eine mangelnde Einsatzbereitschaft oder verfälschte Leistungspräsentation finden liessen (IV-act. 19-51/73). Zum andern gelangte diese Sachverständige zum Ergebnis, dass in Anbetracht der mehrheitlich weit unterdurchschnittlichen Testergebnisse (bezüglich Gedächtnisleistungen, sprachliche Aufnahme, Verarbeitung und Umstellfähigkeit, Flexibilität, Konzentrationsleistung, Durchhaltevermögen und Belastbarkeit etc.), welche von der Fachperson als "in sich konsistent und widerspruchsfrei" sowie "valide" beurteilt wurden (vgl. IV-act. 19-51/73, unten), eine deutliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, welche bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (im Hotelgewerbe Zimmer rüsten, Betten machen, Bad reinigen etc.) auf 50% bis 70% veranschlagt wurde. Dabei betonte die Sachverständige, dass die Versicherte "bei jedwelchen Belastungen wie kognitiv anspruchsvolleren Aufgaben (z.B. Minibarabrechnung) und Zeit-/Erwartungsdruck sofort deutlich überfordert ist" (vgl. VI-act. 19-52f./73).

**4.5.2** Im neuropsychologischen Teilgutachten äusserte sich die Sachverständige nicht expressis verbis zur Fragestellung, wie die gesundheitliche Einschränkung bei Verweistätigkeiten zu beurteilen sei. Im Rahmen der Überführung des Teil-

gutachtens ins interdisziplinäre Gesamtgutachten wurde die in Erwägung 4.5.1 erläuterte Einschränkung (im angestammten Bereich) hinsichtlich Verweistätigkeiten kommentarlos auf 0% festgesetzt (IV-act. 19-24/73, Ziff. 4.7). Dies vermag nicht zu überzeugen, zumal in diesem Zusammenhang im interdisziplinären Gutachten ausdrücklich festgehalten wurde: "Dabei gilt das seitens des neuropsychologischen Teilgutachters geäußerte Fähigkeitsprofil" (IV-at. 19-24/73 in fine). Dass in einer Verweistätigkeit (für den 1. Arbeitsmarkt) bezüglich der Aspekte Zeitbedarf und zu erbringende Leistungen auf der Arbeitgeberseite überhaupt keine Erwartungen bestünden, erweist sich offenkundig als unrealistisch. Soweit aber auch in einer Verweistätigkeit gewisse Zeitvorgaben und bestimmte Leistungserwartungen üblicherweise einzuhalten sind, kann im konkreten Fall grundsätzlich nicht von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit von 100% für Verweistätigkeiten ausgegangen werden. In diesem Sinne kann aus der Einschätzung der neuropsychologischen Sachverständigen, wonach die Versicherte im angestammten Bereich (Hotelzimmerdienst) eine verbliebene Arbeitsfähigkeit in der Bandbreite von 30% bis 50% aufweise, nicht abgeleitet werden, dass "ohne Zeit- und Erwartungsdruck" (vgl. IV-act. 39-9/9 in fine) überhaupt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr anzunehmen sei. Mit anderen Worten läuft die soeben angesprochene Argumentation, welche von der RAD-Psychiaterin Dr.med.univ. Dr.phil. V. \_\_\_\_\_ aus dem MEDAS-Gutachten übernommen wurde, letztlich darauf hinaus, dass die gleichen (repetitiven) Reinigungsarbeiten der Versicherten je nach Erwartungshaltung des Arbeitgebers einmal im Umfange von 30% bis 50% (d.h. bei einem Hotel-Arbeitgeber mit zeitlichen und leistungsmässigen Vorgaben) oder dann im Umfange von 100% (d.h. bei einem verständnisvollen Arbeitgeber ohne zeitliche und leistungsmässige Vorgaben) als zumutbar beurteilt würden, was offenkundig nicht zu überzeugen vermag.

**4.5.3** In diesem konkreten Fall drängt es sich nach der Aktenlage auf, anstelle einer weiteren Begutachtung die im MEDAS-Gutachten aus neuropsychologischer Sicht anerkannte wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Bereich (Hotelzimmerdienst) grundsätzlich auch auf andere repetitive Arbeiten mit stets gleichbleibenden Abläufen (vgl. IV-act. 28-2/2) zu übertragen, zumal die Defizite der Versicherten bezüglich Belastbarkeit, Durchhaltevermögen, Übernahme von Verantwortung etc. nicht nur in der angestammten Tätigkeit, sondern grundsätzlich auch in anderen repetitiven Tätigkeiten limitierend wirken. Zusammenfassend rechtfertigt es sich, in Anlehnung an das neuropsychologische Teilgutachten eine zumutbare Arbeitsfähigkeit in der Bandbreite von 30% bis 50% bzw. ermessensweise von 40% zu veranschlagen. Damit wird auch der Indikatorenrechtsprechung sowie den Bedenken des behandelnden Psychiaters hinreichend Rechnung getragen, welcher eine Arbeitsunfähigkeit von ledig-

lich 20% als unangemessen beurteilte (IV-act. 38-6/7 unten). Im Übrigen wurde in der vorinstanzlichen Vernehmlassung (S. 2, Ziff. 5) zutreffend dargelegt, dass der Verzicht der Gutachter auf das zusätzliche Einholen fremdanamnestischer Angaben keinen Anlass zur Beanstandung gibt.

**5.** In der Folge ist der Einkommensvergleich zu prüfen. Anzuführen ist, dass gemäss Haushaltabklärung die Versicherte im Gesundheitsfall eine Teilerwerbstätigkeit von rund 76% (nach Massgabe der letzten Anstellung) und einen Aufgabenbereich Haushalt im Umfange von 24% ausüben würde (vgl. IV-act. 34-4/8, Ziff. 2.6). Diese Aufteilung wurde von der beanwalteten Beschwerdeführerin vor Gericht nicht in Frage gestellt, weshalb es damit sein Bewenden hat.

**5.1.1** Die Vorinstanz ermittelte in der angefochtenen Verfügung ein Valideneinkommen per 2016 (im Rahmen einer 76%igen Erwerbstätigkeit) von Fr. 42'341.-- (was bei einem 100%-Pensum einem Jahreslohn von Fr. 55'712.-- entspräche). Dieses Valideneinkommen wird vor Gericht nicht in Frage gestellt, weshalb kein Anlass besteht, davon abzuweichen.

**5.1.2** Zur Ermittlung des Invalideneinkommens 2016 ist die Vorinstanz von den LSE-Tabellenlöhnen (Kompetenzniveau 1 für Frauen) von durchschnittlich Fr. 54'517.-- ausgegangen, was nicht zu beanstanden ist. Davon sind nach Massgabe des oben hergeleiteten Arbeitsfähigkeitsgrades von 40% (vgl. Erw. 4.5.3) insgesamt Fr. 21'807.-- ( $54'517 \times 0.40$ ) zu berücksichtigen, wobei die gleichen Aspekte (Defizite), welche bei der Herabsetzung des Arbeitsfähigkeitsgrades auf 40% massgebend waren (wie verminderte Belastbarkeit, mangelndes Durchhaltevermögen, mehr Zeitbedarf, kein Leistungsdruck etc.) hier nicht nochmals lohnmindernd angerechnet werden können. Damit ist das Invalideneinkommen 2016 auf Fr. 21'807.-- festzulegen.

**5.1.3** Bei einem Valideneinkommen 2016 von Fr. 42'341.-- und einem Invalideneinkommen 2016 von Fr. 21'807.-- resultiert ein Invaliditätsgrad von 48.5% ( $42'341 \text{ minus } 21'807 = 20'534; 20'534 : 42'341 \times 100 = 48.496$ ), was bezogen auf einen erwerblichen Anteil von 76% einen gewichteten IV-Grad von 36.86% ergibt ( $48.5 \times 0.76$ ).

**5.1.4** Auf den gewichteten IV-Grad aus dem Haushaltanteil ist nachfolgend näher einzugehen (siehe Erwägungen 6.1ff.).

**5.2** Sodann hat die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung mit Blick auf die Verordnungsänderung per 1.1.2018 bei teilerwerbstätigen Versicherten zu Recht eine weitere Berechnung des Einkommensvergleichs vorgenommen (bei

welcher neu ab 1.1.2018 jeweils das Valideneinkommen auf eine hypothetische Vollerwerbstätigkeit aufgerechnet wird).

**5.2.1** Diesbezüglich ist beim Valideneinkommen vom auf ein 100%-Pensum hochgerechneten Einkommen auszugehen, welches gemäss den oben in Erwägung 5.1.1 enthaltenen Parametern Fr. 55'712.-- (per 2016) beträgt. Dieser Betrag wird vor Verwaltungsgericht nicht in Frage gestellt. Von einer weiteren Hochrechnung für den Zeitraum ab 1.1.2018 kann abgesehen werden, nachdem die gleichen Hochrechnungsfaktoren auch beim Invalideneinkommen zum Zuge kämen (und damit das Verhältnis zwischen den beiden Einkommensgrössen grundsätzlich unverändert bleibt).

**5.2.2** Zur Ermittlung des Invalideneinkommens bei teilerwerbstätigen Versicherten ist ebenfalls vom erwähnten Tabellenlohn (2016) von Fr. 54'517.-- auszugehen. Davon sind bei einem massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrad von 40% insgesamt Fr. 21'807.-- zu berücksichtigen ( $54'517 \times 0.40$ ).

**5.2.3** Bei einem Valideneinkommen von Fr. 55'712.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 21'807.-- resultiert ein IV-Grad von 60.85% ( $55'712 \text{ minus } 21'807 = 33'905$ ;  $33'905 : 55'712 \times 100 = 60.85$ ), was bezogen auf einen erwerblichen Anteil von 76% einen gewichteten IV-Grad von 46.25% ergibt ( $60.85 \times 0.76 = 46.246$ ).

**6.** Als nächstes ist auf die vorinstanzliche Abklärung der Beeinträchtigung der Versicherten im Haushaltbereich (Anteil 24%) einzugehen.

**6.1** Zur Beurteilung der vorliegenden Haushaltabklärung wies die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (Ziffer 12) an sich zutreffend sinngemäss darauf hin,

- dass für die Gewichtung der einzelnen Teilbereiche der Haushaltabklärung die sogenannten "Aussagen der ersten Stunde" grundsätzlich stärker zu gewichten sind als allfällige spätere Aussagen, welche bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher Art (oder anderer Art) beeinflusst sein können;
- und dass den für die Erwerbsarbeit limitierenden Faktoren (wie Zeit-/ Erwartungsdruck etc.) im Haushaltbereich grundsätzlich keine massgebliche Bedeutung zukommt, sondern vielmehr solche Arbeiten etappenweise und mit Pausen nach Bedarf vorgenommen werden können (siehe aber auch noch nachfolgend die Ausführungen zu den Mahlzeiten).

**6.2** Sodann ist bei der Haushaltabklärung die besondere Wohnsituation zu berücksichtigen, wonach die gleiche 6-1/2-Zimmer-Eigentumswohnung einerseits von der Versicherten mit ihrem Ehemann sowie andererseits vom erwachsenen Sohn mit dessen Ehefrau (Schwiegertochter der Versicherten) und 2 Kindern

gemeinsam genutzt wird (wobei jede Familieneinheit separate Schlafräume und Badzimmer hat, hingegen das Wohnzimmer und die Küche gemeinsam genutzt werden, vgl. IV-act. 34-3/8). Dass in einer solchen gemeinsamen Wohn- und Haushaltkonstellation die rund 23 Jahre jüngere, nicht erwerbstätige Schwiegertochter (mit Jahrgang 1990) wesentlich mehr Aufgaben übernimmt (als die 52-jährige Versicherte) und beispielsweise mehrheitlich kocht, ist in einer solchen Situation nicht ohne weiteres ausschliesslich der gesundheitlichen Situation der Versicherten zuzuordnen (vielmehr können auch Aspekte wie der Respekt gegenüber der deutlich älteren Person oder kulturell bedingte Traditionen eine wesentliche Rolle spielen).

**6.3** In der Beschwerde (S. 9) wird u.a. hauptsächlich gerügt, dass der Bereich "Ernährung" mit 50% viel zu hoch, derweil die Bereiche "Wohnungspflege" (25%), "Wäsche/Kleiderpflege" (18%) und "Betreuung von (Enkel)Kindern" (2%) wesentlich zu tief eingeschätzt worden seien. Diese Kritik erweist sich in Anbetracht der vorgebrachten Begründung sowie der Aktenlage zumindest teilweise als plausibel. Um eine Rückweisung zur erneuten Überprüfung und damit weitere zeitliche Verzögerungen zu vermeiden, wird nachfolgend ermessensweise der vorgebrachten Kritik wie folgt Rechnung getragen:

**6.3.1** Nachdem der erwerbstätige Ehemann während der Arbeitswoche nur eine Mahlzeit pro Tag (d.h. das Nachtessen) zuhause einnimmt (vgl. IV-act. 34-5/8, Ziff. 4.1), erweist sich die Zuordnung von 50% der Haushaltsaufgaben zum Bereich "Ernährung" als offenkundig zu hoch. Plausibel erscheint auch eine gewisse Aufstockung der Bereiche "Wohnungspflege" und "Wäsche/Kleiderpflege". Sodann spricht für die Aufstockung des Bereichs "Betreuung von Kindern", dass die Versicherte im Gesundheitsfall die beiden Enkelkinder wohl so betreuen würde, dass der Schwiegertochter zumindest eine gewisse Teilerwerbstätigkeit ermöglicht würde (um das Einkommen der Familieneinheit des Sohnes etwas zu verbessern). Dies gilt erst recht, als zwischenzeitlich das jüngste Enkelkind (geb. \_\_\_\_\_ 2016) rund 2½ Jahre alt ist. Im Lichte dieser Aspekte erscheint eine andere Aufteilung der Haushaltsaufgaben im Gesundheitsfall als gerechtfertigt, und zwar:

- Ernährung: 30% (statt 50%, d.h. minus 20%);
- Wohnungspflege: 30% (statt 25%, d.h. plus 5%);
- Wäsche/ Kleiderpflege: 23% (statt 18%, d.h. plus 5%);
- Betreuung von Enkelkindern: 12% (statt 2%, d.h. plus 10%).

**6.3.2** Beim Bereich "Ernährung" spielen Zeitdruck/ Erwartungsdruck (welche nach den oben enthaltenen Darlegungen für die Versicherte limitierend wirken)

insofern eine gewisse Rolle, als davon auszugehen ist, dass beispielsweise der Ehemann nach der Heimkehr von einem (möglicherweise anstrengenden) Arbeitstag wohl nicht zu lange auf das Nachtessen warten möchte (analog werden auch die Mittagessen für das ältere, die Primarschule besuchende Enkelkind rechtzeitig bereit sein müssen). Bei dieser Sachlage rechtfertigt es sich, für die limitierenden Faktoren ermessenweise eine Einschränkung von 15% für den Bereich "Ernährung" anzunehmen, was für diesen Bereich eine Behinderung von 4.5% ergibt ( $15 \times 0.3$ ).

**6.3.3** Bei den (oben aufgestockten) Bereichen "Wohnungspflege" und "Wäsche/ Kleiderpflege" kommt den Aspekten Zeitdruck/ Erwartungsdruck wenig Bedeutung zu, da diese Tätigkeiten kaum auf einen bestimmten Zeitpunkt fertigzustellen sind und deswegen ohne weiteres etappenweise und unter Berücksichtigung von Pausen nach Bedarf bewältigt werden können. Um dennoch allen Eventualitäten gerecht zu werden, rechtfertigt es sich nach der Aktenlage dennoch, für diese beiden Bereiche ermessenweise je eine Einschränkung von 10% zuzugestehen, womit beim Bereich "Wohnungspflege" eine Behinderung von 3% ( $10 \times 0.3$ ) und beim Bereich "Wäsche/ Kleiderpflege" eine Behinderung von 2.3% ( $10 \times 0.23$ ) resultieren.

**6.3.4** Beim Bereich "Betreuung von Kindern" ist es nachvollziehbar, dass die Versicherte - in Anbetracht des oben thematisierten Schwankschwindels - sich nicht mehr getraut, das jüngste Enkelkind in die Arme zu nehmen (vgl. IV-act. 19-51/73 oben). Eine solche Einschränkung ist bei einem Kleinkind keine Bagatelle, weshalb es sich rechtfertigt, diesbezüglich eine Einschränkung von 25% zuzugestehen, was letztlich zu einer Behinderung von 3% ( $25 \times 0.12$ ) führt.

**6.3.5** Demgegenüber wurde in der vorinstanzlichen Haushaltabklärung zu Recht keine relevante Einschränkung beim Bereich "Einkauf/ Besorgungen" angenommen, nachdem die Versicherte bei der Abklärung erklärte, die nahe gelegene Filiale eines Grossverteilers auch selbständig aufzusuchen (IV-act. 34-7/8, Ziff. 6.3). Abgesehen davon darf beim Grosseinkauf die Mithilfe der Familienangehörigen erwartet werden.

**6.4** Eine Addition der oben (ermessenweise, zur Vermeidung einer Rückweisung) veranschlagten Behinderungen für einzelne Bereiche führt zu einer Gesamteinschränkung von 12.8% ( $4.5 + 3 + 2.3 + 3$ ), was bei einer Gewichtung des Haushaltsbereichs von 24% (im Vergleich zum Erwerbsanteil von 76%) zu einem gewichteten IV-Grad von 3.07% ( $12.8 \times 0.24$ ) führt.

7. Führt man die gewichteten IV-Grade aus dem Erwerbsbereich einerseits und dem Haushaltbereich andererseits zusammen, resultiert zusammenfassend ein Anspruch auf eine Viertelsrente, und zwar sowohl nach der gemischten Berechnungsmethode für die Zeit vor dem 1.1.2018, als auch für die Zeit nach dem 1.1.2018:

- Gemischte Methode bis 31.12.2017:

IV-Grad aus Erwerbsteil (vgl. Erw. 5.1.3)	36.86%
IV-Grad aus Haushaltanteil (vgl. Erw. 6.5)	3.07%
Gesamtinvaliditätsgrad	39.93%
bzw. aufgerundet	40.00%
  
- Gemischte Methode ab 1.1.2018:

IV-Grad aus Erwerbsteil (vgl. Erw. 5.2.3)	46.25%
IV-Grad aus Haushaltanteil (vgl. Erw. 6.5)	3.07%
Gesamtinvaliditätsgrad	49.32%
bzw. abgerundet	49.00%

**8.1** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde insoweit teilweise gutzuheissen, als der Beschwerdeführerin ein Anspruch auf eine Viertelsrente zusteht. Die Festlegung des Rentenbeginns sowie der Rentennachzahlungen ist Sache der Vorinstanz. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

**8.2** Dem vorliegenden Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten den Parteien je zur Hälfte auferlegt.

**8.3** Der Beschwerdeführerin wird für das Teilobsiegen eine reduzierte Parteien-schädigung zu Lasten der Vorinstanz zugesprochen. In Beachtung des kantona-len Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411), welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 15 GebTRA einen Rah-men von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht sowie unter Beachtung der in § 2 GebTRA enthaltenen Kriterien (Wichtigkeit der Streitsache, Schwierigkeit, Um-fang und der Art der Arbeitsleistung, notwendiger Zeitaufwand) und in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens ist das (reduzierte) Honorar (inkl. Auslagen/ MwSt) auf Fr. 1'600.-- festzulegen.

**9.1** Was schliesslich die Rechtsmittelbelehrung anbelangt, ist auf einen aktuel-len Entscheid des Bundesgerichts zu verweisen. Im Entscheid VGE I 2017 108 vom 14. März 2018 hatte das Verwaltungsgericht eine Beschwerde einer Versi-cherten A insoweit im Sinne der Erwägungen gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und ein Anspruch auf eine Viertelsrente (IV-Grad 41%) anerkannt wurde (während im Übrigen die Beschwerde abgewiesen wurde). Da-gegen beschwerte sich die Versicherte A beim Bundesgericht und beantragte ei-

ne halbe IV-Rente. Mit Urteil 9C\_348/2018 vom 23. Januar 2019 ist das Bundesgericht auf die Beschwerde nicht eingetreten mit der sinngemässen Begründung, dass es sich dabei um einen Zwischenentscheid handle, welcher nur unter den Voraussetzungen von Art. 93 BGG anfechtbar sei, was in der erwähnten Konstellation nicht gegeben war.

**9.2** Bei dieser Sach- und Rechtslage ist fraglich, ob der vorliegende Entscheid direkt mit einer Beschwerde ans Bundesgericht anfechtbar wäre. Um allen Eventualitäten gerecht zu werden, wird der vorliegende Entscheid dennoch mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen, wobei die Beschwerdeführerin daraus bei einem allfälligen Weiterzug nichts zu ihren Gunsten ableiten kann.

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

1. Die Beschwerde wird insoweit im Sinne der Erwägungen teilweise gutgeheissen und die Verfügung vom 3. Dezember 2018 entsprechend abgeändert, als der Versicherten ein Anspruch auf eine Viertelsrente (IV-Grad von 40% bzw. 49%) gewährt wird. Die Festlegung des Rentenbeginns und der Rentennachzahlungen ist Sache der IV-Stelle. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und den Parteien je zur Hälfte (je Fr. 250.--) auferlegt. Diese Kosten werden zahlungsverkehrsmässig so abgewickelt, dass das Verwaltungsgericht den von der Beschwerdeführerin bezahlten Kostenvorschuss (Fr. 500.--) einbehält und ihr (bzw. ihrer Rechtsvertreterin) noch Fr. 250.-- durch die Vorinstanz zu entrichten sind.
3. Für das vorliegende, teilweise Obsiegen wird der Beschwerdeführerin zu Lasten der Vorinstanz eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 1'600.-- 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. BGG, siehe aber auch Erwägung 9.1f.).
5. Zustellung an:
  - die Vertreterin der Beschwerdeführerin (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern (A).

Schwyz, 10. April 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

### **\*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: 2. Mai 2019