



Fall-Nr.: IV 2018/30
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 20.09.2019
Entscheiddatum: 20.06.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 20.06.2018

Art. 28 Abs. 1 IVG. Rentenanspruch. Würdigung medizinischer Berichte. Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens bejaht. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Juni 2018, IV 2018/30).

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

IV 2018/30

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente



Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 20. Januar 2010 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Sie hatte bei einem Skiunfall am 18. Februar 1976 ein Distorsionstrauma des linken Kniegelenks erlitten (vgl. Fremddakten 2-173, 2-184 f.). Nachdem ihr Arbeitgeber im Februar 1977 einen Rückfall gemeldet hatte (Fremddakten 2-182), hatte sich die Versicherte am 16. November 1977 aufgrund eines medialen Korbhakenrisses am linken Kniegelenk einer medialen Menishektomie und einer lateralen Retinaculaspaltung unterzogen (Fremddakten 2-171, 2-182). Dr. med. B.____, FMH Chirurgie, hatte am 8. März 2001 eine Kniegelenksspiegelung links und eine hohe tibiale Valgisationsosteotomie durchgeführt (IV-act. 233). Am 27. August 2001 war eine Materialentfernung, eine vordere Kreuzbandplastik und eine partielle laterale Synovektomie erfolgt (IV-act. 232). Nach einer Kniedistorsion links am 2. September 2008 (vgl. Fremddakten 2-100 f.) war der Versicherten aufgrund einer posttraumatischen Gonarthrose links und eines Status nach VKB-Plastik und Tibiavalgisationsosteotomie am 17. Juni 2009 eine Knie-Totalendoprothese (TEP) implantiert und am 22. Juli 2009 eine geschlossene Kniemobilisation links durchgeführt worden (IV-act. 20-14, 20-12 f., 222-3 f.). Suva-Kreisarzt Dr. med. C.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, Zürich, hatte am 19. Januar 2010 befunden, unter Berücksichtigung der üblichen Einschränkungen für eine Knie-TEP sei die Versicherte ganztägig arbeitsfähig (IV-act. 71-5 ff.).

A.b Zuvor, am 12. Januar 2010, hatte sich die Versicherte bei einem Sturz auf die ausgestreckte rechte Hand eine Luxation im proximalen Interphalangealgelenk (PIP) digitorum III rechts zugezogen (Fremddakten 2-6, 2-8).

A.c Mit Bericht vom 25. Januar 2010 diagnostizierte PD Dr. med. D.____, Chefarzt Neurochirurgie/Wirbelsäulenchirurgie, Schulthess Klinik Zürich, unter anderem eine grossvolumige Diskushernie C6/7 rechts mit defizitärer C7-Radikulopathie rechts, eine arterielle Hypertonie und eine Hemihepatektomie rechts bei Echinococcusbefall (IV-act. 12-9 f.). Am 3. März 2010 listete Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, Niederurnen, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine zerviko-



radikuläre Symptomatik C7 rechts mit grossvolumiger Diskushernie C6/C7 rechts, eine Gonarthrose links bei Status nach wiederholter Arthroskopie und Implantation einer Knie-TEP links sowie eine Luxation PIP Finger III rechts auf. Das Ergebnis der geplanten Diskushernienoperation bleibe abzuwarten, ansonsten sei bei einer Restitutio ad integrum die Arbeitsfähigkeit nur marginal eingeschränkt (IV-act. 20-1 ff., vgl. auch IV-act. 35-6 f.). Am 9. März 2010 unterzog sich die Versicherte einer zervikalen ventralen Mikrodiskektomie mit Entfernung der grossen Diskushernie C6/7 rechts und Cage Spondylodese mit Peek Cage (IV-act. 33-2). Dr. D.____ attestierte ihr vom 8. März bis 31. Mai 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Fremdakten 20-148 f.).

A.d Am 16. April 2010 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, aufgrund ihres Gesundheitszustandes seien zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (IV-act. 29).

A.e Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), zu dieser Zeit Unfallversicherung der Versicherten, sprach dieser gestützt auf einen Vergleich (vgl. Fremdakten 5-7 ff.) mit Verfügung vom 30. Juni 2010 für die verbliebene Beeinträchtigung aus dem Unfall vom 18. Februar 1976 mit Wirkung ab 1. März 2010 eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 10% und eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 26.5% zu (Fremdakten 5-2 ff.).

A.f Dr. E.____ berichtete am 6. Dezember 2010 über zunehmende unklare polymyalgieforme Ganzkörperschmerzen, welche im Spätsommer 2010 begonnen hätten. Er befand, momentan könne maximal von einer 25%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten, körperlich nicht belastenden Arbeit ausgegangen werden (IV-act. 49-2). Dr. med. F.____, Rheumatologie und Innere Medizin FMH, Männedorf, listete mit Bericht vom 10. Februar 2011 als Diagnosen eine Fingerpolyarthrose Typ Bouchard, einen mittelschweren Vitamin-D-Mangel und einen absoluten Eisenmangel auf. Aus rheumatologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 55).

A.g Am 23. Februar 2011 rutschte die Versicherte beim Aussteigen aus dem Auto auf einer Eisfläche aus und hielt sich mit der rechten Hand an der Autotür fest um einen Sturz zu verhindern (Fremdakten 7-9 f., 8-19). Dr. E.____ diagnostizierte ein



St.Galler Gerichte

Abduktionstrauma bzw. eine Kontusion des Musculus supraspinatus rechts bei Status nach Supraspinatusnaht 2007 und attestierte ihr eine Arbeitsunfähigkeit von 100% für vier bis sechs Wochen (Fremdakten 8-8 f.).

A.h Ab 1. Mai 2011 arbeitete die Versicherte bei der Stiftung P.____ als Sortiererin von Waren für Brockenhäuser (IV-act. 64, 71). Am 20. Juni 2011 wies die IV-Stelle das Begehren um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 70). Mit Vorbescheid vom 1. Dezember 2011 stellte sie der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 0% die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 85). Dagegen erhob die Versicherte am 20. Januar 2012 Einwand (IV-act. 86).

A.i Am 4. Februar 2012 rutschte die Versicherte auf einer Eisfläche aus, stützte sich dabei mit der rechten Hand ab und verletzte sich am Ringfinger rechts (IV-act. 97, Fremdakten 11). Dr. med. G.____, Innere Medizin FMH, attestierte ihr vom 6. Februar bis 25. März 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 40% (Fremdakten 14-52). Infolge eines Carpaltunnelsyndroms rechts, eines Morbus Dupuytren der mittleren Hohlhand rechts und eines Streckdefizits Dig. IV rechts bei Status nach nicht-ossärer Mallet-Läsion vom 4. Februar 2012 führte Dr. med. H.____, Spital Q.____, am 19. Juni 2012 eine Dekompression des Nervus medianus rechts, eine Fasziektomie der mittleren Hohlhand rechts und eine temporäre DIP-Arthrodese mit Kirschnerdraht und Z-förmiger Sehnenverkürzung der Extensor digitorum communis-Sehne IV rechts durch (Fremdakten 13-4 f.). Dr. H.____ erachtete die Versicherte vom 19. Juni bis 12. August 2012 als zu 100% arbeitsunfähig (Fremdakten 13-7, 14-27). Am 23. August 2012 befand Dr. H.____ sodann, die Mallet-Läsion mit Streckdefizit am Ringfinger führe nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 110, 114).

A.j Am 5. Januar 2013 befand Dr. G.____, seines Erachtens sei das erzielbare Rendement der Versicherten längerfristig nicht über 50% (IV-act. 115). Er attestierte ihr vom 5. Februar bis 25. April 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (IV-act. 179-1). Dr. D.____ hatte am 29. Januar 2013 einen Status nach zervikaler Diskushernienoperation C6/7 sowie unklare Schulter-/Armschmerzen rechts diagnostiziert und ausgeführt, die Arbeitsfähigkeit sei aus seiner Sicht längerfristig nicht beeinflusst, das Heben von schweren Lasten sollte aber vermieden werden (IV-act. 119). RAD-Arzt Dr. med. I.____



St.Galler Gerichte

befand am 8. Februar 2013, leidensadaptiert könne wieder von einer Arbeitsfähigkeit von 100% ausgegangen werden (IV-act. 120).

A.k Am 19. Februar 2013 kündigte die IV-Stelle der Versicherten an, sie werde am bisherigen ablehnenden Entscheid festhalten, und räumte ihr eine Frist zur Stellungnahme ein (IV-act. 121). Die Versicherte führte am 15. März 2013 aus, beim Unfall vom Februar 2012 sei auch ihre rechte Schulter betroffen gewesen, weshalb sie operiert werden müsse. Sie sei weiterhin zu 50% arbeitsunfähig und bitte um Arbeitsvermittlung (IV-act. 125). Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 28. März 2013 mit, da keine gesundheitsbedingte Einschränkungen bei der Stellensuche vorlägen, sei das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) zuständig (IV-act. 128).

A.l Dr. med. J.____, Radiologe FMH, Radiologie AR, hatte am 4. März 2013 ein MRI der rechten Schulter durchgeführt und eine Läsion der Subskapularissehne mit komplett durchgehender Ruptur kranial und mittel- bis höhergradiger interstitiell-bursaseitiger Partialruptur kaudal festgestellt. Er hatte befunden, es bestehe eine moderate Insertionstendinopathie der Supraspinatussehne, eine Ruptur der langen Bizepssehne, ein enger Subakromialraum mit möglichem Impingement, Zeichen einer diskreten Bursitis subacromialis/subdeltoidea sowie eine Auffransung der Labrumbasis apikal und kurzstreckig fehlende eindeutige Labrumabgrenzbarkeit superoventral (IV-act. 231).

A.m Am 26. April 2013 versuchte die Versicherte bei der Arbeit eine herunterstürzende Schüssel mit dem linken Arm aufzufangen, wobei dieser durch das Gewicht der Schüssel nach unten gezogen wurde. Dr. G.____ diagnostizierte eine Periarthropathia humeroscapularis links mit mehreren Partialrupturen der Schultersehnen. Er attestierte der Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Berichte vom 11. Mai und 1. Juni 2013; Fremdakten 16-4, 17-33 f., 17-43, vgl. Fremdakten 19-129). Ein MRI der Schulter links vom 6. Mai 2013 brachte unter anderem eine erhebliche Insertionstendinopathie der Supraspinatussehne mit hochgradiger humeralseitiger Partialruptur sowie leicht- bis mässiggradiger humeralseitiger Auffransung/Partialruptur der übrigen mittleren bis ventralen Sehnenportion und eine Läsion der Subskapularissehne mit interstitieller und humeralseitiger Partialruptur zur Darstellung (IV-act. 227).



St.Galler Gerichte

A.n Am 12. Juli 2013 führte Dr. B.____ bei der Versicherten eine Schultergelenksspiegelung rechts, eine Akromioplastik, eine Bicepstenodese am Oberrand des Pectoralis sowie einen Supraspinatus- und Subscapularis-repair durch (IV-act. 137, 179-2 f.). Dr. B.____ berichtete am 30. Oktober 2013, die Versicherte sei weiterhin zu 100% arbeitsunfähig. Wegen einer bevorstehenden Operation der linken Schulter sei die Prognose noch offen. Eine die Arme nicht zu sehr belastende Arbeit sollte in einigen Monaten wieder voll möglich sein (IV-act. 143). Am 20. November 2013 und im April 2014 befand er, die Versicherte sei bezüglich beider Schultern zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 146, 153, vgl. auch Fremdakten 19-150). Am 11. März 2014 hatte Dr. B.____ eine Schultergelenksspiegelung links, eine Bicepstenodese und eine PASTA-Refixation durchgeführt (IV-act. 223 ff.). Im September 2014 hielt er fest, die Rehabilitation der Schulter links sei noch nicht abgeschlossen (IV-act. 160). Dr. B.____ attestierte der Versicherten auch vom 11. Dezember 2014 bis 30. Juni 2015 weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (IV-act. 167, 188-1).

A.o Das Arbeitsverhältnis bei der Stiftung P.____ war per 31. August 2014 aufgelöst worden (IV-act. 169).

A.p Suva-Kreisärztin med. pract. K.____, Fachärztin für Chirurgie FMH, untersuchte die Versicherte am 16. Dezember 2014 und hielt am Tag darauf bezüglich des Ring- und Mittelfingers rechts im Wesentlichen eine Restitutio ad integrum, bezüglich der linken Schulter eine ordentliche Beweglichkeit mit belastungsabhängigen Restbeschwerden und gewisser Kraftminderung sowie bezüglich des Knies links einen ordentlichen postoperativen Zustand mit gelegentlicher Schwellneigung fest. Es bestünden bezüglich der linken Schulter Einschränkungen der Zumutbarkeit hinsichtlich Arbeiten über Brusthöhe, Tragen von Lasten sowie Besteigen von Gerüsten und Leitern. Betreffend des linken Knies verwies sie auf die Abschlussuntersuchung von Suva-Kreisarzt Dr. C.____ vom 19. Januar 2010 (Fremdakten 18-4 ff., vgl. IV-act. 71-5 ff.).

A.q Dr. med. L.____, Phoniatrie und Pädaudiologie, Kantonsspital St. Gallen (KSSG) diagnostizierte am 13. April 2015 eine hochtonbetonte, geringgradige sensorineurale Innenohrschwerhörigkeit links, einen Tinnitus links seit März 2014 und eine Normakusis rechts (IV-act. 191).



St.Galler Gerichte

A.r Am 16. Juni 2015 befand Dr. B.____, in einer leidensadaptierten Tätigkeit sei eine Arbeitsfähigkeit von 20% oder mehr ab sofort möglich (IV-act. 197-4 f., vgl. Fremdakten 22-26). Med. pract. K.____ beurteilte am 29. Juli 2015, der Versicherten sei eine leicht bis selten mittelschwere Arbeit ganztägig zumutbar (Fremdakten 22-12 ff., vgl. auch Bericht über Abschlussuntersuchung vom 3. Juli 2015; Fremdakten 22-21 ff.). RAD-Arzt Dr. I.____ ging am 7. September 2015 von einer Arbeitsfähigkeit von 50% in einer adaptierten Tätigkeit, steigerbar auf 100%, aus (IV-act. 201, vgl. bereits IV-act. 174).

A.s Am 7. Juli 2015 hatte die IV-Stelle das Leistungsbegehren auf berufliche Massnahmen abgewiesen (IV-act. 196).

A.t Die CSS, als Rechtsnachfolgerin der Generali seit 1. Mai 2011 Unfallversicherer der Versicherten, sprach ihr mit Verfügung vom 30. September 2015 für die verbliebene Beeinträchtigung aus dem Unfall vom 26. April 2013 mit Wirkung ab 1. Juli 2015 eine Rente basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 16% sowie betreffend der linken Schulter eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 3.25% zu (Fremdakten 24). Die von der Versicherten dagegen erhobene Einsprache hiess die CSS mit Entscheid vom 3. Mai 2016 insofern teilweise gut, als sie ihr eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 5% zusprach. Im Übrigen wies sie die Einsprache ab (Fremdakten 25).

A.u Dr. I.____ befand am 23. März 2016, es könne von der kreisärztlichen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ausgegangen werden, mit dem Zusatz, dass das, was für die linke Schulter gelte, auch für die rechte Schulter anzuwenden sei. Innerhalb eines Monats sollte eine Steigerung der adaptierten Arbeitsfähigkeit von 50 auf 80% möglich sein. Nach den Operationen vom 12. Juli 2013 und 11. März 2014 könne je mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100% für vier Monate gerechnet werden (IV-act. 242 f.).

A.v Mit Schreiben vom 19. April 2016 stellte die IV-Stelle der Versicherten erneut eine Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 244). Die Versicherte erklärte sich am 2. Mai 2016 nicht einverstanden damit (IV-act. 247). Die Fortuna Rechtsschutz-Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Fortuna), Rechtsschutzversicherung der Versicherten, beantragte am 26. Mai 2016 eine Begutachtung sowie eine Evaluation



St.Galler Gerichte

der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) (vgl. IV-act. 250). Im Auftrag der IV-Stelle (vgl. IV-act. 257) wurde die Versicherte durch Ärzte der PMEDA im Dezember 2016 polydisziplinär (Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie) abgeklärt. Diese listeten in ihrem Gutachten vom 8. März 2017 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Zustand nach zervikaler ventraler Mikrodiskektomie mit Entfernung einer Diskushernie C6/7 rechts und Cage Anlage mit Spondylodese am 24. März 2010, ein leichtgradiges spinales Defektsyndrom nach Spondylodese C6/7, Spondylarthrosen der Lendenwirbelsäule, einen (Status nach) Knie-TEP links mit leichtgradiger Instabilität, eine mediale und femoropatellare Gonarthrose rechts, eine leichtgradige Periarthropie beider Schultergelenke sowie einen Status nach Bizepsstenodese, Rotatorenmanschettenrepair und subacromialer Dekompression rechts auf. Die Versicherte sei spätestens seit 2010 in ihrer bisherigen Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestehe hingegen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 275).

A.w Gestützt auf das Gutachten der PMEDA stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 24. März 2017 die Abweisung des Leistungsbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 0% in Aussicht (IV-act. 279). Dagegen erhob die Versicherte am 8. Juni 2017 Einwand und brachte vor, das Gutachten der PMEDA sei nicht beweiskräftig (IV-act. 287). Am 19. Juli 2017 äusserten sich die PMEDA Gutachter zu Fragen der IV-Stelle (IV-act. 292 f.), worauf diese an ihrem bisherigen Entscheid festhielt (vgl. IV-act. 295).

A.x Dr. D.____ berichtete am 5. Oktober 2017, er habe ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in beide Beine und einen Status nach zervikaler Diskushernienoperation diagnostiziert (IV-act. 301-2 f.). RAD-Arzt Dr. med. M.____ befand am 16. November 2017, es sei weiterhin auf das PMEDA Gutachten abzustellen (IV-act. 303). Am 6. Dezember 2017 verfügte die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid (IV-act. 306).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 6. Dezember 2017 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 17. Januar 2018. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin)



St.Galler Gerichte

beantragte darin deren Aufhebung und die Zusprache einer Rente. Das Verfahren sei bis zur rechtskräftigen Erledigung des hängigen Verfahrens UV 2016/37 zu sistieren und ihr anschliessend eine angemessene Frist zur Begründung der Beschwerde einzuräumen (act. G1).

B.b Mit Schreiben vom 23. Januar 2018 teilte die Verfahrensleitung der Beschwerdeführerin mit, es seien keine Gründe für die beantragte Verfahrenssistierung zu erkennen, und forderte sie zur materiellen Begründung der Beschwerde auf (act. G2).

B.c Die Beschwerdeführerin beantragte mit Eingabe vom 11. Februar 2018 eine neue medizinische Beurteilung inklusive rheumatologischer Abklärung ihrer Arbeitsfähigkeit. Sie sei wegen diverser Beschwerden in ärztlicher Behandlung. Am 17. Dezember 2017 sei sie aufgrund einer Blockade ihrer Knieprothese erneut gestürzt und habe sich am Knie und der rechten Schulter verletzt. Sie sei zu 100% arbeitsunfähig geschrieben. Sie habe starke Schmerzen und könne ihren rechten Arm und die rechte Hand kaum mehr benutzen (act. G3). Am 2. März 2018 reichte sie ein Schreiben von Dr. med. N.____, FMH Orthopädische Chirurgie, Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 22. Februar 2018 ein, worin dieser die Notwendigkeit einer rheumatologischen/orthopädischen Begutachtung bestätigte (act. G6).

B.d Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte mit Eingabe vom 26. März 2018 unter Verzicht auf eine einlässliche Beschwerdeantwort die Abweisung der Beschwerde (act. G8).

B.e Am 19. April 2018 hielt die Beschwerdeführerin an ihrem Antrag fest (act. G10). Mit Eingabe vom 11. Juni 2018 reichte sie weitere medizinische Berichte ein (act. G12)

Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin. Gemäss Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) entsteht der



St.Galler Gerichte

Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Nachdem sich die Beschwerdeführerin am 20. Januar 2010 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet hat (vgl. IV-act. 1), ist vorliegend ein Rentenanspruch ab Juli 2010 zu prüfen.

1.1 Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) wird unter Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

1.2 Im Sozialversicherungsprozess gelten die Grundsätze der Untersuchungspflicht und der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Demgemäss hat der Versicherungsträger bzw. im Beschwerdefall das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein. Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte haben zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 110 V 53 E. 4a am Schluss).



1.3 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. 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 abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

2.

Zunächst ist die zwischen den Parteien umstrittene Frage zu beurteilen, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht spruchreif ist. Die Beschwerdegegnerin stützte die angefochtene Verfügung im Wesentlichen auf das PMEDA Gutachten vom 8. März 2017 (IV-act. 306, vgl. IV-act. 275). Die Beschwerdeführerin spricht diesem die Beweiskraft ab (IV-act. 287, act. G1).

2.1 Die PMEDA Gutachter listeten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Zustand nach zervikaler ventraler Mikrodiskektomie mit Entfernung einer Diskushernie C6/7 rechts und Cage Anlage mit Spondylodese, ein leichtgradiges spinales Defektsyndrom nach Spondylodese C6/7, Spondylarthrosen der Lendenwirbelsäule, (einen Status nach) Knie-TEP links mit leichtgradiger Instabilität, eine mediale und femoropatellare Gonarthrose rechts, eine leichtgradige Periarthropatie beider Schultergelenke sowie einen Status nach Bizepstenodese, Rotatorenmanschettenrepair und subacromialer Dekompression rechts auf. Wahrscheinlich spätestens seit 2010 sei die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit zu 0% arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit seit jeher (IV-act. 275-54 ff.).



2.2 Die Beschwerdeführerin bemängelt, die Beurteilung der Gutachter, wonach die 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit wahrscheinlich seit jeher gelte, genüge dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht. Damit sei das Gutachten bezüglich des rückblickenden Verlaufs der Arbeitsfähigkeit seit der IV-Anmeldung nicht verwertbar (IV-act. 287).

2.2.1 Die PMEDA Gutachter führten in ihrer Stellungnahme vom 19. Juli 2017 aus, das Wort "wahrscheinlich" beziehe sich auf die retrospektive Bewertung. Daran sei nichts zu verändern oder zu ergänzen, da retrospektive Bewertungen bei fehlenden eigenen Vorbefunden meist eine weniger hohe Wahrscheinlichkeit hätten als auf eigene medizinische Beobachtungen gestützte Bewertungen (IV-act. 293). Wie bei einer Begutachtung üblich beurteilten die PMEDA Gutachter die Arbeitsfähigkeit retrospektiv aufgrund der Akten und anamnestischer Angaben. Eine solche Einschätzung kann naturgemäss nicht mit Sicherheit abgegeben werden. Vor dem Hintergrund der weiteren medizinischen Akten ist jedoch eine seit Anfang 2010 ohne relevante Unterbrüche (weniger als drei Monate lang, vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV) bestehende volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit plausibel. So hatte Dr. C.____ am 19. Januar 2010 befunden, die Beschwerdeführerin sei unter Berücksichtigung der üblichen Einschränkungen für eine Knie-TEP ganztägig arbeitsfähig (vgl. IV-act. 71-5 ff.). Nach der Diskushernienoperation vom 9. März 2010 erachtete sie Dr. D.____ bis zum 31. Mai 2010 als zu 100% arbeitsunfähig, ab 1. Juni 2010 bestehe theoretisch wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Fremdakten 20-148 f., IV-act. 36, 46-4). Dr. E.____ erachtete die Beschwerdeführerin am 6. Dezember 2010 aufgrund von polymyalgieformen Ganzkörperschmerzen als zu maximal 25% arbeitsfähig (IV-act. 49-2), der Rheumatologe Dr. F.____ befand jedoch am 10. Februar 2011, aus fachärztlicher Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 55). Aufgrund des Unfalls vom 23. Februar 2011 attestierte Dr. E.____ der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von vier bis sechs Wochen (Fremdakten 8-8 f.). Dr. G.____ erachtete die Beschwerdeführerin infolge der Verletzung des rechten Ringfingers vom 6. Februar bis 25. März 2012 als zu 40% arbeitsunfähig (Fremdakten 14-52). Nach der Operation an der rechten Hand vom 19. Juni 2012 attestierte ihr Dr. H.____ bis zum 12. August 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Fremdakten 13-7, 14-27, vgl. IV-act. 110).



2.2.2 Dr. G.____ befand am 5. Januar 2013, das erzielbare Rendement der Beschwerdeführerin sei längerfristig nicht über 50% (IV-act. 115). Dr. D.____ führte am 29. Januar 2013 hingegen aus, die Arbeitsfähigkeit sei längerfristig nicht eingeschränkt (IV-act. 119), und auch Dr. I.____ ging am 8. Februar 2013 von einer Arbeitsfähigkeit von 100% in einer adaptierten Tätigkeit aus (IV-act. 120). Nachdem Dr. G.____ der Beschwerdeführerin vom 5. Februar bis 25. April 2013 bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 50% attestiert hatte, hielt er sie nach dem Unfall vom 26. April 2013, bei dem sich die Beschwerdeführerin an der linken Schulter verletzt hatte, bis 11. Mai 2013 als zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 179-1). Dr. B.____ operierte die Beschwerdeführerin am 12. Juli 2013 (vgl. IV-act. 137) an der rechten Schulter und hielt am 30. Oktober 2013 fest, sie sei weiterhin zu 100% arbeitsunfähig. Eine die Arme nicht zu sehr belastende Arbeit sollte in einigen Monaten wieder voll möglich sein (IV-act. 143). In der Folge attestierte ihr Dr. B.____ bezüglich beider Schultern bis 30. Juni 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (IV-act. 146, 153, 160, 167, 188-1). Erst am 16. Juni 2015 befand er, in einer adaptierten Tätigkeit sei eine Arbeitsfähigkeit von 20% oder mehr ab sofort möglich, und hielt an dieser Beurteilung bis zum 30. April 2016 fest (IV-act. 197-4 f., 222-6, vgl. Fremdakten 22-26). Dies ist mit RAD-Arzt Dr. I.____ nicht nachvollziehbar, zumal gemäss Krankengeschichte seit 16. Juni 2015 keine Konsultationen mehr stattgefunden hatten und weder den Notizen von Dr. B.____ über die Konsultation vom 23. März 2015 (vgl. IV-act. 222-15) noch seinen zuvor entstandenen Akten eine Begründung für die 100%ige Arbeitsunfähigkeit (in einer adaptierten Tätigkeit) zu entnehmen ist. Dr. I.____ beurteilte am 5. Februar und 7. September 2015 zwar, es bestehe sofort eine leidensadaptierte Arbeitsfähigkeit von 50%, hielt diese jedoch für steigerbar auf 100% (IV-act. 174, 201). Es ist daher davon auszugehen, dass er die Arbeitsfähigkeit lediglich anfangs, in der ersten Zeit der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt, für eingeschränkt hielt. Am 23. März 2016 befand Dr. I.____ sodann, es könne an den Arbeitsfähigkeiten der Kreisarztuntersuchung vom 3. Juli 2015 "von AF leidensadaptiert 20%" festgehalten werden. Dies mit dem Zusatz, dass das, was für die linke Schulter gelte, auch für die rechte Schulter anzuwenden sei. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 50% auf 80% sollte innerhalb eines Monats erreicht sein. Nach den Operationen vom 12. Juli 2013 und 11. März 2014 könne je mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100% für vier Monate gerechnet werden (IV-act. 242). Auf Nachfrage der IV-Stelle führte Dr. I.____ am 18. April 2016 mit Verweis auf den



kreisärztlichen Bericht vom 28. Juli 2015 aus, der Beschwerdeführerin sei eine adaptierte Tätigkeit ganztägig, allenfalls mit leicht eingeschränkter Leistung, zumutbar. Dies entspreche einer Arbeitsfähigkeit von 80% (IV-act. 243). Weshalb die Leistung allenfalls leicht eingeschränkt sein sollte, begründete Dr. I.____ nicht. Diese Einschränkung ergibt sich zudem auch aus den Einschätzungen von med. pract. K.____, auf welche Dr. I.____ verwies, nicht. Die Ärztin ging lediglich von einer qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus (vgl. Fremdakten 18-4 ff., 22-12 ff., 22-21 ff.). Die von Dr. I.____ erwähnte 80%ige statt 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit, lediglich begründet mit einer allenfalls leicht eingeschränkten Leistung, ist damit nicht nachvollziehbar. Nach Eingang des PMEDA Gutachtens hielt RAD-Arzt M.____ sodann eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit fest (IV-act. 276).

2.2.3 Es ist damit überwiegend wahrscheinlich von einer seit Anfang 2010 bestehenden, mehrmals nur kurzzeitig unterbrochenen 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen. Auch die Einschätzung von Dr. N.____, welcher am 14. Juni 2016 die Arbeitsunfähigkeit rein aufgrund des Knies auf 15% einschätzte, ändert daran nichts, zumal er seine Beurteilung nicht weiter begründete. Insbesondere ist nicht erklärt bzw. plausibel, weshalb bei wechselbelastender Tätigkeit noch eine quantitative Einschränkung resultieren sollte (vgl. IV-act. 255). Der Beschwerdeführerin ist insofern beizupflichten, als es nicht nachvollziehbar ist, weshalb sich laut PMEDA Gutachten die Zeiten stationärer Spitalbehandlungen und nachfolgender Rehabilitationen anhand der Akten nicht rückblickend abgrenzen lassen sollten (vgl. IV-act. 287-3, 275-57). Dies ist jedoch insofern unerheblich, als – wie soeben ausgeführt – keine längeren Zeiträume einer Arbeitsunfähigkeit bestanden, welche zur Erfüllung des Wartejahres (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) geführt hätten.

2.3 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht (vgl. IV-act. 287-3), es sei nicht nachvollziehbar, wie es zwischen der kreisärztlichen Untersuchung vom 3. Juli 2015 und der gutachterlichen Untersuchung vom Dezember 2016 zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes von (bestrittenen) 80% auf 100% Arbeitsfähigkeit gekommen sei, ist auf vorstehende Ausführungen in E. 2.2.2 zu verweisen. Kreisärztin med. pract. K.____ ging von einer lediglich qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus (vgl. Fremdakten 18-4 ff., 22-9 ff., 22-21 ff.). Dr. I.____ befand, an dieser Einschätzung könne



festgehalten werden, führte aber ohne weitere Begründung zusätzlich eine allenfalls leicht eingeschränkte Leistung auf, weshalb die Arbeitsfähigkeit 80% betrage (IV-act. 243). Entgegen dieser nicht nachvollziehbaren Beurteilung von Dr. I.____ ist bereits im Zeitpunkt der Einschätzung von med. pract. K.____ von einer Arbeitsfähigkeit von 100% in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen. Wie die Beschwerdeführerin zu Recht ausführt, hatte med. pract. K.____ nur die unfallbedingten Beschwerden zu beurteilen (vgl. IV-act. 287). Dr. I.____ beurteilte jedoch, die für die linke Schulter geltenden Einschränkungen seien auch für die rechte Schulter zu berücksichtigen (IV-act. 242). Bezüglich der unfallfremden Diskushernie C6/7 hatte Dr. D.____ bereits am 29. Januar 2013 beurteilt, die Arbeitsfähigkeit sei längerfristig nicht beeinflusst, das Heben von schweren Lasten sollte aber vermieden werden (vgl. IV-act. 119). Für eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingt durch die operierte Diskushernie bestehen keine Hinweise. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die PMEDA Gutachter die unfallfremden Beschwerden des Rückens und der rechten Schulter detailliert erhoben und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit berücksichtigten (vgl. IV-act. 275-54).

2.4 Weiter rügt die Beschwerdeführerin, die orthopädische Beurteilung sei ungenügend begründet. Es sei keine ausführliche Diskussion von Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen erhobenen Diagnosen in Bezug auf die funktionellen Auswirkungen in allen Lebensbereichen erkennbar und es sei keine Würdigung in der Konsensbeurteilung erfolgt (IV-act. 287-4). Der orthopädische Gutachter Dr. med. O.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, erhob die Anamnese und den Befund umfassend (vgl. IV-act. 275-34 ff.). Zusätzlich wurden MRIs der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie des rechten Kniegelenks veranlasst (vgl. IV-act. 275-41 f.). Dr. O.____ schloss aus den erhobenen Befunden und den gestellten Diagnosen, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei qualitativ limitiert. Körperlich schwere Arbeiten, Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten sowie mit ständigem Stehen oder Gehen und mit Zwangshaltungen der Wirbelsäule seien ungeeignet (IV-act. 275-43 f.). In ihrer Konsensbeurteilung führten die Gutachter aus, die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei auf Dauer zu 100% erloschen. Ursache dafür seien die multiplen spinalen und die Gelenke betreffenden Defektzustände und degenerativen Alterationen. Adaptiert bestehe jedoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 275-51). Zudem hielten sie fest, die orthopädischen Diagnosen wirkten hinsichtlich des die Arbeitsfähigkeit qualitativ mindernden Effekts



additiv (vgl. IV-act. 275-55). Inwiefern eine weitere Diskussion der Wechselwirkungen notwendig gewesen wäre, ist nicht ersichtlich und führt die Beschwerdeführerin auch nicht weiter aus.

2.5 Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, in der neurologischen Untersuchung sei keinerlei Diskussion der LWS-Beschwerden erfolgt (IV-act. 287-5). Dies ist insofern nicht korrekt, als auch eine Untersuchung der Wirbelsäule erfolgte (vgl. IV-act. 275-30). Die PMEDA Gutachter brachten zudem nachvollziehbar vor, die Lumbalgien seien im zentralen Fachgebiet der Orthopädie ausführlich diskutiert worden (IV-act. 293). Wie die Beschwerdeführerin richtig ausführt, wurde bei der internistischen Untersuchung der Tinnitus nur bei der Anamneseerhebung, jedoch nicht im Rahmen der gestellten Diagnosen erwähnt (IV-act. 287-5). Dies ist jedoch insofern nicht von Belang, als der Tinnitus keine erkennbare Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat (ein Hinweis darauf lässt sich der Abklärung vom 13. April 2015 nicht entnehmen; vgl. IV-act. 191). Die muskuloskelettalen Leiden der Beschwerdeführerin können auch von einem Orthopäden mit fachkundigen Untersuchungen beurteilt werden, eine rheumatologische Abklärung ist entgegen dem Antrag der Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 287, act. G3, G6) nicht nötig (IV-act. 297, 306, vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2012, 9C_270/2012, E. 4.2).

2.6 Zu dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach eine EFL hätte vorgenommen werden sollen (vgl. IV-act. 287-7), führten die Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 19. Juli 2017 überzeugend aus, diese Methode sei versicherungsmedizinisch nicht evaluiert und hochgradig von der Mitarbeitsbereitschaft der untersuchten Person abhängig. Die Kriterien einer gewillkürten unzureichenden Mitarbeit seien bislang methodisch nicht genügend abgegrenzt, gegebenenfalls auffällige Befunde könnten ebenso gut Artefakten einer mangelhaften Mitarbeit entsprechen. Für versicherungsmedizinische Fragen sei die EFL daher nicht als eigenständiges diagnostisches Instrument etabliert (IV-act. 293). Mit der Beschwerdegegnerin (vgl. IV-act. 297, 306) ist darauf hinzuweisen, dass die Arbeitsfähigkeit ausschliesslich medizinisch-theoretisch zu bestimmen ist. Dass eine EFL zur Vervollständigung der Beweisführung nötig wäre, ist jedenfalls nicht erstellt. Ohnehin ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung erhebliche Schmerzen geltend gemacht (IV-act. 275-19 f., 275-25 f., 275-34) und ihre Arbeitsfähigkeit pessimistischer



eingeschätzt hat als die Gutachter (vgl. IV-act. 275-35). Die gezeigte Leistung bei einer EFL müsste daher mit Zurückhaltung gewertet werden.

2.7 Bei der Würdigung der medizinischen Situation fällt weiter ins Gewicht, dass das PMEDA Gutachten vom 8. März 2017 (vgl. IV-act. 275) auf umfassender Aktenkenntnis sowie polydisziplinären eigenen Untersuchungen beruht, das gesamte Leidenbild der Beschwerdeführerin berücksichtigt und die auf dieser Grundlage gezogenen Schlüsse nachvollziehbar sind. Aus den von der Beschwerdeführerin vorgebrachten medizinischen Einschätzungen ergeben sich zudem keine objektiven Gesichtspunkte, welche im PMEDA Gutachten ausser Acht gelassen worden wären. Schliesslich weisen die Akten auch nicht auf zwischen dem PMEDA Gutachten vom 8. März 2017 und der umstrittenen Verfügung der IV-Stelle vom 6. Dezember 2017 (IV-act. 306) eingetretene massgebliche Veränderungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hin. Solche lassen sich insbesondere auch den Berichten von Dr. D.____ vom 5. und 26. Oktober 2017 (IV-act. 301) nicht entnehmen. Das von diesem diagnostizierte chronische lumbale Schmerzsyndrom mit den zugrundeliegenden schweren Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1 sowie der Status nach zervikaler Diskushernienoperation C6/7 waren den Gutachtern bereits bekannt und wurden entsprechend berücksichtigt (vgl. IV-act. 275-42275-54). Allfällige beim von der Beschwerdeführerin beschriebenen Sturz vom 17. Dezember 2017 (vgl. act. G3) entstandene Verletzungen bzw. eine dadurch bedingte Verschlechterung des Gesundheitszustandes wären vorliegend nicht zu berücksichtigen, da rechtsprechungsgemäss das Datum der streitigen Verfügung die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (vgl. BGE 129 V 169 E. 1; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 99 zu Art. 61). Dasselbe gilt für die aufgrund der Knieblockaden links notwendige operative Revision mit Wechsel des Inlays (vgl. act. G12.1) und den am 28. März 2018 erhobenen Befund der Leber (act. G12.3). Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich damit.

3.

Weiter stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, die attestierte Restarbeitsfähigkeit lasse sich aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters und der multiplen Beschwerden objektiv betrachtet nicht mehr verwerten (vgl. IV-act. 287-6 f.). Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt existieren



verschiedene Tätigkeiten, welche körperlich leicht, wechselbelastend oder überwiegend sitzend sind sowie ohne längere Gehstrecken, ohne Über-Kopf-Arbeiten, ohne Zwangspositionen des Bewegungsapparates und ohne repetitives Bücken ausübbar sind (vgl. Zumutbarkeitsprofil in IV-act. 275-51, 276). Insbesondere sind der Beschwerdeführerin Kontroll- und Prüftätigkeiten zumutbar. Die qualitativen Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit erweisen sich nicht als derart gravierend, dass selbst auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt, der sich durch einen Fächer verschiedenartigster Beschäftigungen auszeichnet, keine Tätigkeiten oder Nischenarbeitsplätze zumutbar wären. Dass die Beschwerdeführerin trotz Bemühungen keine Arbeitsstelle gefunden hat (vgl. act. G3), ist nicht als Folge einer Invalidität zu qualifizieren, sondern als Arbeitslosigkeit. Würde ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot an und Nachfrage nach Arbeitskräften herrschen (ausgeglichener Arbeitsmarkt im Sinne der IV-rechtlichen Rechtsprechung), hätte die Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit trotz ihres fortgeschrittenen Alters (zum Zeitpunkt der Begutachtung 60-jährig) eine Arbeitsstelle gefunden, welche die qualitativen Voraussetzungen gemäss PMEDA Gutachten erfüllen würde.

4.

Schliesslich ist basierend auf dem Arbeitsfähigkeitsgrad von 100% in einer adaptierten Tätigkeit der Invaliditätsgrad zu ermitteln. Das Invalideneinkommen ist gestützt auf die LSE (vgl. BGE 139 V 592 E. 2.3, 129 V 475 E. 4.2.1), Total sämtlicher Wirtschaftszweige, Anforderungsniveau 4, Frauen, zu bestimmen, das sich im Jahr 2010 auf Fr. 52'728.-- belief. Mit Blick auf die vor der Anmeldung bei der Invalidenversicherung erzielten Einkommen (vgl. IK-Auszug; Fremdakten 22-90) erübrigen sich die Vornahme eines konkreten Einkommensvergleichs und insbesondere die Festsetzung eines Tabellenlohnabzugs, da offensichtlich kein rentenbegründender Mindestinvaliditätsgrad von 40% resultiert.

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 6. Dezember 2017 nicht zu beanstanden und die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen.



5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin anzurechnen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr angerechnet.