

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 29

Entscheid vom 9. August 2018

Besetzung

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

Parteien

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

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A. _____ (geb. _____ 1955, verheiratet, Mutter zweier erwachsener Kinder) meldete sich am 23. August 2014 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Hinsichtlich der Art der gesundheitlichen Beeinträchtigungen gab sie Nackenschmerzen links an, mit Ausstrahlung in den Arm, Taubheit und Parästhesien beider Hände und teils auch in den Beinen (IV-act. 1-6/7). Am 27. Januar 2014 hatte sie sich einer Diskektomie C4-5 und C5-6 unterzogen (vgl. IV-act. 18-4/12).

B. Beim Erstgespräch vom 8. Oktober 2014 gab A. _____ an, sie könne nicht mehr arbeiten (IV-act. 14-2/5). Am 20. Oktober 2014 teilte die IV-Stelle Schwyz A. _____ den Abschluss der Frühinterventionsmassnahmen mit (IV-act. 17-1/2).

C. Mit Vorbescheid vom 1. April 2015 teilte die IV-Stelle A. _____ mit, dass vorgesehen sei, das Leistungsbegehren (bei einem errechneten IV-Grad von 13%) abzuweisen (IV-act. 34). Dagegen liess A. _____ am 29. April sowie am 18. Mai 2015 Einwände erheben (IV-act. 37 und 39).

D. Am 24. Juli 2015 teilte die IV-Stelle A. _____ mit, dass zur Klärung der Leistungsansprüche eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung notwendig sei (vgl. IV-act. 44). Mit Schreiben vom 1. September 2015 liess A. _____ die IV-Stelle informieren, dass sie mit der vorgesehenen MEDAS-Begutachtung nicht einverstanden sei. Vielmehr sei eine BEFAS-Abklärung durchzuführen (IV-act. 46). Am 29. Oktober 2015 verfügte die IV-Stelle gegenüber A. _____, sie halte an der MEDAS-Begutachtung fest. Wie sie bereits in der Mitteilung vom 24. Juli 2015 ausgeführt habe, werde der Zeitpunkt der Abklärung mit ihr direkt vereinbart (IV-act. 49). Gegen diese Zwischenverfügung liess A. _____ am 12. November 2015 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben, welche mit VGE I 2015 114 vom 6. April 2016 abgewiesen wurde (IV-act. 58). Der Begutachtungsauftrag wurde der MEDAS C. _____ zugewiesen. Das interdisziplinäre C. _____-Gutachten wurde am 18. März 2017 erstattet (IV-act. 74).

E. Nach einer weiteren Stellungnahme des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) sowie nach Einholung eines weiteren Abklärungsberichtes (Haushalt) vom 24. August 2017 (IV-act. 78) eröffnete die IV-Stelle A. _____ mit Vorbescheid vom 1. September 2017, dass vorgesehen sei, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 79). Dagegen liess A. _____ am 4. Oktober 2017 Einwände erheben (IV-act. 82). Dazu nahm der RAD sowie der Abklärungsdienst am 11. Dezember 2017 bzw. am 23. Februar 2018 Stellung (IV-act. 84-9/9 und 86). Mit Ver-

fügung vom 8. März 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 87 = Bf-act. 2).

F. Dagegen liess A. _____ am 23. März 2018 rechtzeitig Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz einreichen mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 8. März 2018 sei dahingehend abzuändern, dass der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente zusteht.
2. Eventualiter sei die Sache in Aufhebung der angefochtenen Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 8. März 2018 zu ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder es seien selber ergänzende Abklärungen vorzunehmen.
3. Subeventualiter sei die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 8. März 2018 dahingehend abzuändern, dass der Beschwerdeführerin Eingliederungsmassnahmen zustehen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

G. Mit Vernehmlassung vom 20. April 2018 beantragte die IV-Stelle, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin. Am 2. Mai 2018 reichte die Beschwerdeführerin die Replik ein. Die Duplik der IV-Stelle erfolgte am 22. Mai 2018.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Invalidität setzt eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraus (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] vom 19.6.1959, sowie Art. 3 und 6ff. des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 IVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG massgebend (Art. 28a Abs. 1 Satz 1 IVG). Zur Ermittlung des Invaliditätsgrades wird 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, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Die Invalidität ist auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte. Nicht entscheidend ist für die Invaliditätsbemessung, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der ihr verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (vgl. Ulrich Meyer/ Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, N 27 zu Art. 28a IVG).

1.3 Bei nichterwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (vgl. Art. 28a Abs. 2 IVG; so genannte spezifische Methode bzw. Betätigungsvergleich, vgl. auch VGE I 2015 19 vom 11.6.2015 Erw. 1.3 mit weiteren Hinweisen). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten gilt insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt sowie die Pflege und Betreuung von Angehörigen (vgl. Art. 27 Satz 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201] vom 17.1.1961).

1.4 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten (oder der Ehegattin) mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird, und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird (Art. 27bis Abs. 3 lit. a und b IVV). Waren die Versicherten daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Falle ist der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Gatten und der Anteil der Tätigkeit im

Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (vgl. Art. 28a Abs. 3 IVG; so genannte gemischte Methode der Invaliditätsbemessung; Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2009, Art. 16 N 29 f.). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Der Anteil wird anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Art. 27bis Abs. 3 lit. b IVV und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Art. 27^{bis} Abs. 4 IVV).

1.5 Die Invalidität bemisst sich somit nicht nach medizinischen, sondern nach wirtschaftlichen, erwerblichen Kriterien, nach der Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist das Unvermögen, auf dem gesamten für die Versicherte in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 28 = ZAK 1983, S. 497 ff.; 106 V 88; 105 V 141; 98 V 169; Rüedi, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit aus der Sicht des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, ZAK 1980, S. 159). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (ZAK 1985, S. 224 mit Hinweisen).

1.6 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 138 V 218 Erw. 6). Die behördliche und richterliche Abklärungspflicht umfasst indessen nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Gericht zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (SVR 1999 IV Nr. 10 Erw. 2c; AHI 1994 S. 212 Erw. 4a; BGE 117 V 282 Erw. 4a mit Hinweis auf 110 V 52 Erw. 4a).

1.7.1 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe dieser Fachleute 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 256 Erw. 4). Diese ärztlichen Angaben dienen als wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 141 V 281 Erw. 5.2.1; 140 V 193 Erw. 3.2; 132 V 93 Erw. 4, je mit weiteren Hinweisen).

1.7.2 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten 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 somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 Erw. 5.1).

1.7.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass allgemein praktizierende Hausärzte wie behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten grundsätzlich mehr Gewicht zukommt (vgl. BGE 125 V 351 Erw. 3b/cc; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; Bundesgerichtsurteil 9C_395/2016 vom 25.8.2016 Erw. 4.1; 9C_11/2016 vom 22.2.2016 Erw. 4.3.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_419/2008 vom 12.3.2008 Erw. 3.3; I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

1.7.4 Zum Beweiswert einer Haushaltsabklärung sind analog zur Rechtsprechung zur Beweiskraft von Arztberichten verschiedene Faktoren zu berücksichtigen (Urteil des eidg. Versicherungsgerichts I 741/01 vom 18.8.2003 Erw. 4.1). Hier ist ebenfalls wesentlich, dass als Berichterstatterin eine qualifizierte Person wirkt, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus

den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen – auch mit Blick auf eine allfällige erwerbliche Beschäftigung – hat. Ferner sind nebst der Aussage der betroffenen Person zur Haushaltsbewältigung und Erwerbstätigkeit zusätzlich die Angaben von Familienangehörigen und anderen im gleichen Haushalt Lebenden zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind (Urteil des eidg. Versicherungsgerichts I 741/01 vom 18.8.2003 Erw. 4.1). Schliesslich muss die Haushaltsabklärung plausibel begründet und detailliert bezüglich der einzelnen Haushaltsverrichtungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, darf der Richter nur in das Ermessen der Abklärungsperson eingreifen, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen oder Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Abklärungsergebnisse vorliegen (Urteil des eidg. Versicherungsgerichts I 741/01 vom 18.8.2003 Erw. 4.1). Nach konstanter Rechtsprechung ist den Aussagen der versicherten Person im Rahmen der Haushaltsabklärung erhöhtes Gewicht beizumessen, da diese noch nicht von möglichen versicherungsrechtlichen Überlegungen geprägt sind (Hansjörg Seiler, Anforderungen an die Beweisführung zu Status und Invalidität in der IV-Haushaltsabklärung, in René Schaffhauser/ Franz Schlauri [Hrsg.]: Sozialversicherungsrechtstagung 2009, S. 18f.; BGE 117 V 194 Erw. 3b S. 195). Analoges geht aus der Beweismaxime hervor, wonach die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Wenn der Versicherte seine Darstellung im Laufe der Zeit wechselt, kommt den Angaben, die er unmittelbar gemacht hat, meistens grösseres Gewicht zu als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers (BGE 121 V 45 Erw. 2a mit Hinweis auf BGE 115 V 143 Erw. 8c; RKUV 1988 Nr. U 55 S. 363 Erw. 3b/aa mit Hinweisen).

1.8 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, Rz. 450; BGE 122 II 469 Erw. 4a, Bundesgerichtsurteil 8C_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 148 Erw. 5.3).

2.1 Der Gesundheitszustand der Versicherten bis zum 6. April 2016 wurde bereits im Verwaltungsgerichtsentscheid (VGE) I 2015 114 wie folgt dargelegt (Erw. 3.1ff.; wobei die IV-Akten im Zitat jeweils um eine Ziffer von den IV-Akten im vorliegenden Verfahren verschoben sind, bspw. IV-act. 7 im Zitat = IV-act. 6 in den vorliegenden Akten):

3.1 Der medizinischen Aktenlage ist u.a. zu entnehmen, dass sich die Versicherte ab Mitte 2013 bei ihrem Hausarzt, Dr.med. E. _____ (Innere Medizin FMH, Sonographie SGUM, _____) über progrediente cervicale Schmerzen mit Ausstrahlung in beide Hände beklagt hat. Anhand der MRT der HWS vom 25. November 2013 (...) wurde sie zur weiteren Beurteilung einer allfälligen operativen Sanierung an Dr.med. F. _____ (Fachärztin für Neurologie, _____) überwiesen (vgl. IV-act. 7-1/4 [Anamnese]), welche im Bericht vom 4. Dezember 2013 eine Dekompression der Cervikalkanalstenose als indiziert erachtete (vgl. IV-act. 17-3/5).

3.2 Im ambulanten Sprechstundenbericht der chirurgischen Klinik D. _____ vom 22. Januar 2014 hielten Dres.med. H. _____ (Chefarzt Neurochirurgie) und G. _____ (Oberarzt Neurochirurgie) die Operationsindikation zur Dekompression (C4/5 und C5/6) als auch zur Stellungskorrektur (Relordosierung) aufgrund der drohenden Zunahme der Myelopathie als klar gegeben (vgl. IV-act. 19-3/12). Bei der Diagnose „Spinalkanalstenose C4/5 und C5/6 mit Kyphosierung der HWS und Myelopathiesignal auf Höhe C4, zerviko-brachiales Schmerzsyndrom C5 und /oder C6 rechts sowie beginnende Myelopathie“ führte Dr.med. G. _____ am 27. Januar 2014 eine anteriore Diskektomie C4-5 und C5-6 mit anterior release sowie Fusion mittels Shell-Cages sowie einer CSLP-VA-Platte durch (vgl. IV-act. 19-4/12). Nach komplikationslosem Operationsverlauf, einer postoperativen Kontrolle mittels CT und Röntgen, welche einen regelrechten Befund zeigten, einem ebenfalls komplikationslosen stationären postoperativen Verlauf ohne signifikante Schluckbeschwerden und beginnend rückläufigen Defiziten an den oberen Extremitäten konnte die Versicherte am 30. Januar 2014 in gutem Allgemeinzustand mit blanden Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden (vgl. IV-act. 19-7/12).

3.3 Im ambulanten Sprechstundenbericht der Dres.med. H. _____ und G. _____ vom 27. Februar 2014 wurde unter 'Zwischenanamnese' u.a. festgehalten, die Patientin habe noch Nackenschmerzen bei gewissen Bewegungen der Halswirbelsäule und ebenso vom Nacken ausstrahlende Schmerzen in die rechte Schulter, die Armschmerzen auf der rechten Seite seien aber vollständig regredient. Die Gefühlsstörung in den Händen sowie das Kribbeln seien in etwa stationär geblieben seit Austritt, wobei sich die Gefühlsstörung aber unmittelbar nach der Operation bereits verbessert gehabt habe (und auch so geblieben sei) (vgl. IV-act. 19-9/12).

3.4 Der Hausarzt Dr.med. E. _____ berichtete am 12. September 2014 u.a., die Patientin sei in einem reduzierten Allgemeinzustand. Sie habe weiterhin brennende Sensationen in die Arme beidseits. Trotz der durchgeführten Operation habe ihr Beschwerdebild nicht vollkommen schmerzfrei behandelt werden können. Zwischenzeitlich sei eine Infiltration im Juli 2014 im Spital M. _____ erfolgt, worunter sich eine Verbesserung gezeigt habe. Die Patientin habe aber weiterhin Schmerzen und werde zusätzlich mit Analgetika behandelt. Sie sei seit 26. November 2013 bis auf weiteres arbeitsunfähig. Trotz intensiver Physiotherapie und

Schmerzmedikation habe aktuell bei der Patientin keine Verbesserung der Symptomatik erzielt werden können. Eine Reintegration in den Arbeitsprozess habe nicht erfolgen können (IV-act. 7-1f./14).

3.5 Im ambulanten Sprechstundenbericht der Dres.med. H._____ und G._____ vom 16. September 2014 wird unter 'Zwischenanamnese' u.a. festgehalten, die Patientin sei traurig, dass sich bezüglich der Feingefühlsstörung in den Händen und bezüglich der Feinmotorikstörung nichts getan habe. Ebenso habe sie jetzt wieder Schmerzen im Nackenbereich, teilweise mit Ausstrahlung in die rechte Schulter. Kurz vor den Sommerferien habe sie eine ganz schlechte Zeit mit vermehrten Schmerzen gehabt. Sie sei vom Hausarzt auch zur Schmerztherapie im Spital M._____ angemeldet worden und habe dort einen Termin gehabt. Sie beschreibe auch Schmerzen in den Unterarmen und Händen, wie wenn man sie mit Nägeln stechen würde. Sie berichte auch über ein teilweises Klemmgefühl im Halsbereich und einer eingeschränkten HWS-Beweglichkeit. Sie habe die Arbeit nicht wieder aufnehmen können. Während den Sommerferien in der Türkei an der Wärme habe sie keine Therapie gehabt und auch keine Schmerzmittel benötigt und habe unter Abstinenz körperlicher Anstrengungen eine gute Zeit gehabt. Unter 'Procedere' wurde u.a. ausgeführt, leider sei es bei der Patientin bezüglich den myelopathischen Beschwerden (Feinmotorikstörung der Hände, Sensibilitätsstörung) nicht zu einer Besserung gekommen. Es sei ihr nochmals erklärt, worden, dass der Sinn der Operation gewesen sei, eine weitere Progredienz mit Lähmungserscheinungen der oberen und unteren Extremitäten zu verhindern. Die Schmerzen schienen eher myofaszial zu sein, da es unter Wärme doch zu einer deutlichen Besserung, auch unter Schmerzmittelkarenz, gekommen sei. Die Patientin werde Ende September 2014 im Spital M._____ einen erneuten Termin beim PAIN-Dienst haben. Das Dekompressionsergebnis chirurgisch sowie die heutige Stellungskontrolle seien korrekt. Neurologisch sei hier kein Handlungsbedarf angebracht. Die Patientin solle konsiliarisch für eine elektrophysiologische Untersuchung aufgeboten werden (vgl. IV-act. 19-11/12).

3.6 In der RAD-Stellungnahme vom 2. Oktober 2014 beurteilte med.prakt. N._____ die medizinischen Akten als ungenügend für einen Entscheid. Sie empfahl den Sprechstundenbericht des D._____ (Spitals) (Neurologie und radiologischer Befund) der letzten Kontrolle, den Bericht präoperativ von Dr.med. F._____ sowie genaue Angaben betreffend die Tätigkeit der Versicherten bei der O._____ einzuholen "(Belastungsprofil fehlt)" (vgl. IV-act. 11-2f./3).

3.7 In der RAD-Stellungnahme vom 27. Oktober 2014 erachtete med.prakt. N._____ die medizinischen Akten als genügend für eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. In der bisherigen Tätigkeit sei die Versicherte seit November 2013 zu 100% arbeitsunfähig. Betreffend angepasster Tätigkeiten empfahl sie eine BE-FAS-Abklärung wegen des komplizierten Gesundheitsschadens HWS/obere Extremitäten (IV-act. 21-3/3).

3.8 Dr.med. G._____ hielt im Schreiben an den Vertrauensärztlichen Dienst der Vorinstanz vom 21. November 2014 u.a. fest, prinzipiell sei eine Arbeitswiederaufnahme aus chirurgischer Sicht (korrektes bildgebendes postoperatives Resultat, keine neurologischen Defizite, elektrophysiologisch keine Hinweise auf Denervation) wieder möglich im angestammten Beruf. Die Patientin müsse jedoch sehr schwere Lasten tragen, was nach solch einem operativen Eingriff und auch mit den persistierenden Schmerzen verboten sei. Lasten sollten max. 5kg betragen. Eine angepasste Tätigkeit müsste vielseitig sein, mit häufigem Posi-

tionswechsel und nicht andauernd Verharren in bestimmten Positionen. Ebenso müsste der Arbeitsplatz ergonomisch eingerichtet sein. Lasten seien so gut wie keine zu heben, höchstens bis 5kg über eine kurze Zeitdauer (unter 1 min). Eine solche Tätigkeit wäre aus seiner Sicht ab sofort möglich (IV-act. 27).

3.9 In der RAD-Stellungnahme vom 16. Juni 2015 führte med.prakt. N. _____ aus, es würden Differenzen zwischen der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten und den Angaben des behandelnden Neurochirurgen bestehen (der auch keine quantitativen Angaben zur Arbeitsfähigkeit gemacht habe). Da bei der letzten Stellungnahme die Angaben des Operators vom November 2014 noch nicht vorgelegen hätten, empfehle sie bei teilweiser subjektiver Persistenz der Beschwerden einen postoperativen Verlaufsbericht bei Dr.med. F. _____ einzuholen, mit der Fragestellung (IV-act. 41-13/13):

- Lassen sich postoperativ die von der Versicherten angegebenen Feinmotorikstörungen und die Sensibilitätsstörungen objektivieren?
- Bitte mit klinischen Befund zum Vergleich
- Erscheinen weitere therapeutische Massnahmen notwendig?
- Sind weitere Abklärungen indiziert?

Auf Anfrage der Vorinstanz nach einem Verlaufsbericht mit vorstehender Fragestellung vom 17. Juni 2015 (IV-act. 42-2ff./4) hin, teilte Dr.med. F. _____ laut "Feststellungsblatt BM/Rente vom 30. Juni 2015" mit, dass sie die Versicherte nur einmalig am 4. Dezember 2013 gesehen habe (vgl. IV-act. 44-3/3; vgl. auch Schreiben von Dr.med. F. _____ vom 13.10.2014 mit übereinstimmenden Inhalt, IV-act. 17-1/5).

3.10 In der RAD-Stellungnahme vom 16. Juni 2015 [recte: 21. Juli 2015] erwartete der unterzeichnende RAD-Arzt - laut Vernehmlassung der Vorinstanz vom 18. Januar 2016 Ziff. 5.5: Dr.med. I. _____ (Allgemeinmedizin FMH, RAD Zentralschweiz) - von einer Untersuchung durch Dr.med. F. _____ kein abschliessendes Resultat. Er empfahl eine MEDAS-Abklärung in den Disziplinen allgemeine innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie (IV-act. 44-3/3).

2.2 Für den Zeitraum nach dem zitierten VGE vom 6. April 2016 lässt sich den Akten der folgende medizinische Verlauf entnehmen:

2.2.1 Im C. _____-Gutachten vom 18. März 2017 wurden von Dr.med. J. _____ (Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, zertif. med. Gutachterin SIM), Dr.med. K. _____ (Facharzt für Neurologie FMH, Vertrauensarzt SGV, zertif. med. Gutachter SIM, zertif. Arbeitsfähigkeitsassessor SIM), med.prakt. P. _____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Vertrauensarzt SGV) und Dr.med. L. _____ (Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie), welche die Versicherte jeweils am 8. oder 11. November bzw. 5. Dezember 2016 untersuchten, folgende Diagnosen gestellt (IV-act. 74-17/44):

Diagnosen mit Relevanz für die AF (Verkäuferin)

Chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit teilweise zervikozephaler Ausstrahlung ohne neurologische Ausfälle mit/bei:

- St. n. anteriorer Diskektomie C4/5 u. C5/6, sowie Fusion mittels Shell-Cages u. CSLP-VA-Platte am 27.01.2014 bei zervikaler Spinalkanalstenose C4-C6 bei radikulärem Zervikalsyndrom mit/bei mediolateraler Diskushernie auf Höhe C4/5 mit Verdrängung des Myelons auf dieser Höhe und einer vorgeschalteten Myelopathie und einer linksseitigen foraminale Engstellung mit wahrscheinlicher Kompression der Nervenwurzel C5 linksseitig und einer Diskusprotrusion auf Höhe C5/C6 mit rechtsbetonter foraminale Enge und einer möglichen Kompression der Nervenwurzel C6 rechtsseitig gemäss präoperativem MRI vom 25.11.2013.
- stationäre fokale Myelopathie auf Höhe C4 mit möglichem residualem, neuropathischem Schmerz an den Händen und auch an den Füßen.
- Klinisch-neurologisch keine manifeste Radikulopathie (insbesondere auch nicht C7-segmental)

Diagnosen ohne Relevanz für die AF

keine

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter was folgt aus (IV-act. 74-18/44):

Beschreibung des positiven und negativen Fähigkeitsprofils / Ressourcen

- körperlich leichte, adaptierte Arbeiten sind zumutbar.
- Das Heben und Tragen von schweren Lasten über 5 kg bis max. 10 kg bds ist nicht mehr zumutbar, wie auch Arbeiten mit monotoner Kopfhaltung und Überkopfarbeiten bds, sowie das Hantieren mit schlagenden und vibrierenden Maschinen sind nicht mehr zumutbar. Arbeiten mit sehr hoher Anforderung an feinmotorische Präzision sind nicht zumutbar.

Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit (Verkäuferin /Haushalt)

- 80% im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils (sofern der Arbeitsplatz entsprechend angepasst werden kann)
- Arbeitsfähigkeit im Haushalt bei bestehender Möglichkeit der Delegation auch an Familienmitglieder für körperlich schwerere Tätigkeiten: AF 100% (wegen besserer zeitlicher Flexibilität der Haushaltstätigkeit, kleiner 2-Personen-Haushalt!).

Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeit

- 80% im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils (für ausserhäusliche Tätigkeiten)

Retrospektive Bewertung der Arbeitsfähigkeit (angestammte / Verweistätigkeit) mit Aktenbezugsnahme

- Von Januar - Juli 2014 bestand eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit sowohl angestammt, wie auch in Verweistätigkeit nach der HWS OP vom 27.01.2014.
- Ab Juli 2014 war sicherlich eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit möglich mit sukzessivem AF-Aufbau über 3 Monate bis zur postulierten AF von 80%.

Prognose und Empfehlungen zu Therapie- und Integrationsmassnahmen

- Physiotherapie, Optimierung der Schmerzmedikation nach Bedarf, probatorische Gabe, z.B. Gabapentin oder Pregabalin.

Des Weiteren haben die Gutachter die vom Bundesgericht mit Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 (publiziert mit BGE 141 V 281) aufgestellten

Standardindikatoren im konkreten Fall geprüft und wie folgt beurteilt (IV-act. 74-18ff./44):

1. Gesundheitsschaden

(...)

Die Versicherte leidet an einer reduzierten HWS Belastbarkeit bei St. n. einer grossen HWS-OP vom Januar 2014. Daneben besteht eine stationäre fokale Myelopathie auf Höhe C4 mit möglichem residualem, neuropathischem Schmerz an den Händen und auch an den Füßen.

Es besteht kein Suchtleiden.

Wesentliche Inkonsistenzen konnten neurologisch, dem federführenden Fachgebiet, nicht festgestellt werden.

Es besteht sicherlich ein Migrationshintergrund, eher niedriger schulischer und beruflicher Bildungsstand (geringe Lese-Schreibkenntnisse). Die Versicherte ist jedoch gut integriert in der Familie.

Bezüglich der Persönlichkeitsdiagnostik kann festgestellt werden, dass die Versicherte nicht über wesentliche traumatische Erlebnisse in Kindheit und Jugend berichtet. Dies macht das Bestehen einer Persönlichkeitsstörung weitgehend unwahrscheinlich. Zudem hat die Versicherte bis zur stattgehabten Operation vor dem Hintergrund des Bandscheibenvorfalles ihren Alltag und ihr Leben sowie die Berufs- und Arbeitstätigkeit gestaltet, Beziehungen gehalten, Kinder erzogen und im Arbeitsleben gestanden. Dies macht ebenfalls das Bestehen einer Persönlichkeitsstörung unwahrscheinlich. Auch hat sie den Einschnitt in ihrem 19. Lebensjahr von den Eltern "zu einer Tante in die Schweiz geschickt zu werden" überwunden und aus dieser Krise auch eine Chance zu einem Leben in der Schweiz, unter wohl besseren Bedingungen als am Heimatort, genutzt. Dies weist ebenso auf das Bestehen von Resilienzen und Ressourcen hin, so dass davon auszugehen ist, dass die Versicherte auch die gegenwärtig bestehenden Umstände überwinden können sollte.

Es lässt sich auch kein Einschnitt, Einbruch im Sinne einer lebensverändernden Situation explorieren und feststellen, der psychiatrischerseits psychodynamisch als Auslöser für eine psychiatrische Störung angenommen werden könnte.

2. Sozialer Kontext

(...)

Im Rahmen der leitliniengerechten Anamneseerhebung wurden auch das soziale Umfeld und die Tagesaktivitäten beschrieben. Wir verweisen auf die Gutachten. Ein Arbeitstraining hat noch nicht stattgefunden. Die Versicherte ist gut familiär integriert, es besteht guter psychosozialer Support. Es bestehen keine relevanten psychosozialen Belastungsfaktoren mit direkten krankheitswertigen Folgen.

3. Diagnosen

(...)

Die funktionelle Einschränkung betrifft alle Lebensbereiche.

Neurologische und orthopädische Aspekte der zervikalen Pathologie überlagern sich hinsichtlich des Schmerzsyndroms.

4. Behandlung und Eingliederung

(...)

Die Behandlungen wurden lege artis durchgeführt.

Die weitere Therapie hat konservativ zu erfolgen. Zur Behandlung neuropathischer Schmerzanteile sind weitere Behandlungsoptionen verfügbar, sofern benötigt. Eingliederungsmassnahmen sind im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils zumutbar. Das Störungsbild wirkt sich nur hinsichtlich des Fähigkeitsprofils und der leichten quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus.

5. Konsistenz

(...)

Die Beschwerden der Versicherten sind nur teilweise nachvollziehbar, insbesondere nicht im angegebenen Ausmass.

Insbesondere im Rahmen der neurologischen Untersuchung zeigen sich gewisse Befundinkonsistenzen z.B. bezüglich der angegebenen Beschwerde- und Schmerzausprägung versus der nur geringen medizinischen Inanspruchnahme von Analgetika und medizinischer Behandlung/Kontrollen. So ist auch im Serum der Versicherten trotz Angabe einer Einnahme von Mirtazapin 15mg morgens wie auch abends kein Wirkstoff detektierbar, trotz der langen biologischen Halbwertszeit des Medikamentes. Dieser Befund steht im Widerspruch zur bewussten Aussage der Versicherten bezüglich der Medikamenteneinnahme.

Die aktenkundige Angabe von geringer Arbeitsfähigkeit auch im Haushalt (siehe Haushaltsabklärung) kann nicht im unbemerkt beobachteten Bewegungsverhalten objektiviert werden, wo z.B. das Be- und Entkleiden, das Hantieren auch mit Knöpfen etc. feinmotorisch nicht beeinträchtigt erscheint. Die in der gezielten Untersuchung angegebene Überempfindlichkeit auf Berührungs- und Schmerzimpulse sind bei Ablenkung nicht im Ausdrucksverhalten beobachtbar.

Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz besteht nicht.

Zuletzt vor Eintritt der GS arbeitete die Versicherte nach ihren Angaben auch nur in Teilzeit bei O. _____ mit ca. 45%.

6. Arbeitsfähigkeit

6.1 Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (inkl. zeitlicher Verlauf)

80% vollschichtig mit vermehrten Pausen, sofern der Arbeitsplatz entsprechend dem Zumutbarkeitsprofil angepasst werden kann.

6.2 Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit

80% vollschichtig mit vermehrten Pausen im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils

Von Januar - Juli 2014 bestand eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit sowohl angestammt, wie auch in Verweistätigkeit nach der HWS OP vom 27.01.2014.

Ab Juli 2014 war sicherlich eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit möglich mit sukzessivem AF Aufbau über 3 Monate bis zur postulierten AF von 80%.

7. Zusatzfragen des Rechtsvertreters

1. Was genau ist die Ursache der neu aufgetretenen Gefühlsstörung in den Füßen?

2. Welchen Einfluss haben diese Gefühlsstörungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit?

Es erscheint gut denkbar, dass im Rahmen mit der vordiagnostizierten zervikalen Myelopathie Restbeschwerden bestehen mit neuropathischem Schmerz an den Händen wie auch an den Füßen, konkrete motorische Störungsmuster insbesondere spastisch sowie ataktische Störungen liegen hingegen nicht vor.

Die subjektiv angegebenen sensiblen Störungen an den Füßen dürften in diesem Zusammenhang der zervikalen Myelopathie als Residuum zu betrachten sein, zu-

mal eine Polyneuropathie auch messtechnisch (siehe aktuelle NLG N. suralis normal) und klinisch (Vibrationsempfinden 8/8) ausgeschlossen sind.

Gleichwohl ist das Ausmass der sensiblen Störungen nicht als so relevant zu veranschlagen, betrachtet man die fehlende Reflexanhebung an den Beinen, das Fehlen von ataktischen Störungen oder anderer Gangstörungen.

Selbst wenn also diese leichten sensiblen Störungen der Füsse bestehen (letztlich ist es eine subjektive Beschreibung), so fehlen Zeichen der funktionalen Relevanz.

2.2.2 Der RAD-Arzt Q._____ (Facharzt Allgemeine Medizin) beurteilte das C._____ -Gutachten mit Stellungnahme vom 8. Juni 2017 als in allen Belangen nachvollziehbar und schlüssig. Zudem wies er auf die im Gutachten erwähnten Inkonsistenzen bezüglich der geäusserten Beschwerden hin (IV-act. 75-7/7). Diese Beurteilung bestätigte der RAD-Arzt zudem auch am 11. Dezember 2017 bzw. nach Eingang der Einwände der Versicherten, da keine neuen medizinischen Tatsachen vorliegen würden. Die Arbeitsfähigkeit und das ergonomische Profil seien im Rahmen einer Konsensfindung durch die Gutachter (resp. den Fallführer) erarbeitet worden. Die Argumentation des Rechtsvertreters der Versicherten hinsichtlich der Inkonsistenzen (besonders bezogen auf das Medikament Mirtazapin) sei für den RAD-Arzt nicht nachvollziehbar (IV-act. 84-9/9).

3.1 In der Beschwerde an das Verwaltungsgericht wird u.a. sinngemäss geltend gemacht, dass das MEDAS-Gutachten weder nachvollziehbar noch schlüssig sei. Es verharmlose die Beeinträchtigungen der Versicherten erheblich. Insbesondere sei das Gutachten sehr widersprüchlich. So gehe es in der zusammenfassenden Beurteilung von einer 80%-igen Restarbeitsfähigkeit in einer sogenannten leichteren Tätigkeit aus, dabei heisse es in der neurologischen Teilbeurteilung ausdrücklich, es sei davon auszugehen, dass "körperlich leichte, adaptierte, zumindest sehr leichte Arbeiten" möglich sein sollten, was nicht dasselbe sei. Es sei unklar, was denn eine sehr leichte Arbeit bedeute und ob es überhaupt Stellen dafür auf dem sogenannten ausgeglichenen Arbeitsmarkt gebe. Offenbar habe der Fallführer (der Orthopäde) das entsprechende ergonomische Profil erarbeitet, welcher nur sein Profil übernommen und die sehr leichten Tätigkeiten einfach übergangen habe.

3.2 Soweit die Versicherte die Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens in Frage stellt, kann ihr vorliegend nicht gefolgt werden. Allein eine in der Konsensbeurteilung von einem Teilgutachten abweichenden Formulierung der Arbeitsfähigkeit vermag nicht ohne weiteres die Schlüssigkeit des Gutachtens in Frage zu stellen. Aus dem orthopädischen Teilgutachten ergibt sich, dass der Versicherten das Heben und Tragen von schweren Lasten über 5 - 10 kg wie auch Arbeiten mit monotoner Kopfhaltung und Überkopfarbeiten bds. sowie das Hantieren mit schlagenden und vibrierenden Maschinen nicht mehr zumutbar sind. Dass der

Versicherten nur noch körperlich leichte, adaptierte Arbeiten zumutbar sind, kann dem orthopädischen Teilgutachten mit diesem Wortlaut nicht entnommen werden. Vielmehr handelt es sich dabei um eine Formulierung aus dem neurologischen Teilgutachten. Dieser Umstand sowie die weiteren Ausführungen sowohl in der Konsensbeurteilung als auch in den Teilgutachten und die Unterschriften der Gutachter zeigen auf, dass die interdisziplinäre Beurteilung unter Berücksichtigung sämtlicher Teilgutachten und im Einklang aller Gutachter erfolgt ist. Der neurologische Teilgutachter begründete sodann seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ("In Gesamtschau ist davon auszugehen, dass körperlich leichte, adaptierte, zumindest sehr leichte Arbeiten möglich *sein sollten*. *Allenfalls* sind Tätigkeiten mit erhöhter Anforderungen an feinmotorische Präzision ungeeignet.") wie folgt: Es erscheine zwar gut denkbar, dass im Rahmen mit der vordiagnostizierten zervikalen Myelopathie Restbeschwerden mit neuropathischem Schmerz an den Händen wie auch an den Füßen bestehen würden, konkrete motorische Störungsmuster, insbesondere spastisch sowie ataktische Störungen würden hingegen nicht vorliegen. Die subjektiv angegebenen sensiblen Störungen an den Füßen dürften im Zusammenhang mit der zervikalen Myelopathie als Residuum zu betrachten sein, zumal eine Polyneuropathie auch messtechnisch und klinisch (Vibrationsempfinden 8/8) ausgeschlossen sei. Gleichwohl sei das Ausmass der sensiblen Störungen nicht als so relevant zu veranschlagen, betrachte man die fehlende Reflexanhebung an den Beinen, das Fehlen von ataktischen Störungen oder anderer Gangstörungen. Selbst wenn diese leichten sensiblen Störungen der Füße bestehen würden (letztlich sei es eine subjektive Beschreibung), so fehlten Zeichen der funktionalen Relevanz. Dazu führt der neurologische Teilgutachter weiter aus, dass beim unbemerkten Beobachten das Be- und Entkleiden durchaus zügig, flüssig und ohne erkennbare Beeinträchtigung erfolgt sei. Zuknöpfen, Überziehen der Strümpfe und jegliches Hantieren sei dabei ohne erkennbare Einschränkung erfolgt (IV-act. 74-29/44). Die direkte Untersuchung bezüglich der angegebenen Dysästhesien, Dysalgesie an Händen und Füßen sei zwar mit mimischem doch sehr bewegtem Ausdrucksverhalten als sehr unangenehm und sehr abwehrend beantwortet worden, die unbemerkte Untersuchung jedoch sei sowohl an den Händen als auch an den Füßen tadellos möglich gewesen. Auch die Schmerzstärke mit VAS 6-7/8 auch zum Zeitpunkt der Untersuchung erscheine nicht zwangsläufig mit dem Ausdrucksverhalten kongruent. Eine gewisse Akzentuierung, Überbewertung scheine zumindest teilweise zu bestehen (IV-act. 74-25/44). Als auffallend wurde im neurologischen Teilgutachten zudem beurteilt, dass die Einnahme der Analgetika für die subjektiv doch stark belastet angegebenen Nackenschmerzen recht nieder ausfalle und lediglich als Bedarfsmedikation eingenommen werde. Gut geholfen habe der Versicherten

Remeron, was entsprechend auch annehmen lassen müsse, dass hier doch ängstliche Aspekte eine Rolle spielen könnten, wobei neben dem thymoleptanalgetischen Effekt von Remeron auch ein schlafanstossender Effekt bestehe. Andererseits sei im Serum der Versicherten trotz Angabe einer Einnahme von Mirtazapin 15mg morgens wie auch abends kein Wirkstoff detektierbar, trotz der langen biologischen Halbwertszeit des Medikamentes. Dieser Befund stehe im Widerspruch zur bewussten Aussage der Versicherten bezüglich der Medikamenteneinnahme (IV-act. 74-29/44). Dass bei der Versicherten auch Ängste eine Rolle spielen könnten, bestätigt sie gegenüber dem Gutachter selbst bei der Befragung nach einer allfälligen Einschätzung für eine ideal leidensangepasste Tätigkeit, bei welcher sie beschrieb, dass sie sehr gerne etwas arbeiten würde, auch schon zur Ablenkung, aber Ängste bestehen würden. Dasselbe gelte beim Spaziergehen oder Laufen. Sie habe keine Schmerzen in den Beinen, sei jedoch aus Angst stets auf die Begleitung einer Person angewiesen (vgl. IV-act. 74-24/44).

Nach dem Gesagten ist entgegen den Vorbringen der Versicherten nicht davon auszugehen, dass ihre Beschwerden im MEDAS-Gutachten verharmlost worden sind. Vielmehr wurde ausführlich und nachvollziehbar dargelegt, welche Umstände gegen gewisse, von der Versicherten geschilderte Beschwerden, zumindest in der von der Versicherten vorgebrachten und objektiv nicht überprüfbaren Intensität, sprechen. Dementsprechend ist auch das im Konsens erfolgte Zumutbarkeitsprofil nicht zu beanstanden.

Soweit die Versicherte geltend macht, ihr Gesundheitszustand habe sich seit dem letzten Untersuchungstag vom 5. Dezember 2016 bei der Gutachterstelle bis zur Haushaltabklärung vom 22. August 2017 noch verschlechtert, kann dem nicht ohne weiteres gefolgt werden. Gegenüber der Abklärungsperson führte die Versicherte am 22. August 2017 u.a. aus, dass weiterhin die chronischen Schmerzen im Nacken, in beiden Händen und in beiden Füßen im Vordergrund stehen würden. In den Händen und Füßen hätten die Taubheitsgefühle zugenommen. Die Versicherte traue sich nicht, alleine zu spazieren, weil sie immer wieder stolpere. In diesem Jahr sei sie drei Mal gestürzt (IV-act. 78-2/8). Bereits im Rahmen der Haushaltabklärung vom 25. Februar 2015 machte die Versicherte gegenüber der Abklärungsperson geltend, vielfach zu stolpern und schon einmal gestürzt zu sein (IV-act. 32-2/10). Gegenüber dem neurologischen Teilgutachter gab sie sodann an, Angst davor zu haben, alleine spazieren zu gehen (IV-act. 74-24/44). Eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands seit der MEDAS-Begutachtung vermag die Versicherte somit nicht darzulegen. Hinzu kommt, dass (gemäss neurologischem Teilgutachten), wenn die neuropathischen Schmerzqualitäten eine Rolle spielen sollten, die bisherige Therapie noch nicht

ausgeschöpft ist. Die Gabe von Membranstabilisatoren wie z.B. Gabapentin oder Pregabalin sei bisher noch nicht versucht worden (IV-act. 74-29/44). Die Einnahme von Medikamenten könnte demnach einer Verschlechterung allenfalls entgegenwirken bzw. sogar zu einer Verbesserung der geschilderten Beschwerden führen. Es ist jedoch nicht aktenkundig, dass die Versicherte sich aufgrund einer allfälligen Verschlechterung ihres Gesundheitszustands in ärztliche Behandlung begeben hat.

Im Übrigen beruht das MEDAS-Gutachten auf einer umfassenden Untersuchung der Versicherten. Es berücksichtigt die vorhandenen medizinischen Akten sowie die geltend gemachten Beschwerden und ist in den Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Zudem stimmt es mit den weiteren medizinischen Akten weitgehend überein. Es wird nicht geltend gemacht und ist auch nicht ersichtlich, dass relevante Befunde übersehen oder nicht berücksichtigt wurden. Insgesamt ist festzuhalten, dass die C._____ -Begutachtung die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung erfüllt. Das MEDAS-Gutachten bildet eine genügende beweiskräftige Grundlage zur Beurteilung der Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht erforderlich. Die (beanwaltete) Versicherte bestreitet sodann auch nicht substantiiert das Vorliegen einer Restarbeitsfähigkeit von 80% im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils unabhängig davon ob eine leichte oder eine sehr leichte Arbeit zumutbar ist.

4.1 Umstritten ist weiter die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit der Versicherten. Die Versicherte macht geltend, dass eine (verwertbare) 80%ige Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit völlig illusorisch sei. Eine Restarbeitsfähigkeit von 80% könne die Versicherte im ersten Arbeitsmarkt sicher nicht verwerten. Wenn es schon für Gesunde schwierig sei, eine sich auf einfache Tätigkeiten beschränkende Stelle zu finden, so müsse bei einem bestimmten, im Einzelfall zu würdigenden Mass an gesundheitlich bedingten Einschränkungen bei der Ausübung einer schon seltenen Tätigkeit davon ausgegangen werden, dass das Leistungsvermögen auch bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage nicht mehr Gegenstand von Angebot und Nachfrage bilde und die Restarbeitsfähigkeit in der betroffenen Tätigkeit nicht mehr wirtschaftlich verwertbar sei. Hier sei insbesondere zu beachten, dass bereits leichte Tätigkeiten für die Versicherte "zu viel" seien, in der neurologischen Beurteilung sei ausdrücklich lediglich von zumindest sehr leichten Arbeiten die Rede. Vorliegend könne bei der am 15. Dezember dieses Jahres 63 Jahre alt werdenden Versicherten unter Berücksichtigung aller Umstände garantiert nicht mehr von einer Arbeitsgelegenheit gesprochen werden. Zu beachten sei insbesondere auch, dass die Versi-

cherte gar nicht richtig lesen und schreiben könne. Bürotätigkeiten würden daher gar nicht in Frage kommen. Die Versicherte getraue sich nicht einmal alleine spazieren zu gehen, weil sie immer wieder stolpere. Sollten am Fehlen einer Arbeitsgelegenheit wider Erwarten noch irgendwelche Zweifel bestehen, müsste eine allfällig verbliebene Arbeitsfähigkeit und deren Verwertbarkeit wenigstens eingehend mittels einer praktischen Arbeitsabklärung eruiert werden.

4.2 Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind. Zu berücksichtigen ist u.a., dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Bundesgerichtsurteil 9C_922/2013 vom 19.5.2014 Erw. 3.5.2 m.w.H.).

Bei der Prüfung der wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit darf nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden. Insbesondere kann von einer Arbeitsgelegenheit dort nicht gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) praktisch nicht kennt, oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle deshalb zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 45/06 vom 5.3.2006 Erw. 4.2.3 mit Hinweisen; vgl. auch Bundesgerichtsurteil 9C_941/2012 vom 20.3.2013 Erw. 4.1.1).

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlich-

keitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C_825/2016 vom 10.7.2017 Erw. 4.5 m.V.a. BGE 138 V 457 Erw. 3.1 m.w.H.). Indessen hat das Bundesgericht in der Regel die Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit nur bei über 60-jährigen versicherten Personen, welchen lediglich noch eine Aktivitätsdauer von weniger als fünf Jahren verblieb, verneint (vgl. dazu Bundesgerichtsurteil 8C_113/2016 vom 6.7.2016 Erw. 4.3).

Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Massgeblicher Stichtag für die Beantwortung der Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist der Tag, ab dem eine volle oder teilweise Erwerbstätigkeit medizinisch zumutbar ist. Die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit steht fest, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (vgl. BGE 138 V 457 Erw. 3.2ff.).

4.3 Im konkreten Fall stand die medizinische Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit mit dem MEDAS-Gutachten vom 18. März 2017 fest. Die Versicherte war zu diesem Zeitpunkt 61-jährig. Somit stand ihr noch eine Aktivitätsdauer von weniger als fünf bzw. drei Jahren zur Verfügung.

Das Verwaltungsgericht hat in VGE I 2017 113 vom 11. April 2018 (Erw. 7.4) die Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bereits ausführlich wie folgt dargelegt:

Verneint hat das Bundesgericht die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit etwa bei einem 64 1/2-jährigen Versicherten, der zwar noch leichte, in Wechselpositionen ausführbare Tätigkeiten ohne Heben schwerer Lasten ausführen konnte, aber für feinmotorische Arbeiten keine Fertigkeiten und keinerlei berufliche Erfahrungen mitbrachte (Urteil BGer 9C_979/2009 vom 10.2.2010 Erw. 4 und 5). Als unverwertbar erachtet wurde auch die 50%ige, durch verschiedene Auflagen zusätzlich limitierte Leistungsfähigkeit eines knapp 64-jährigen Versicherten mit multiplen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 401/01 vom 4.4.2002 Erw. 4c und d), ebenso die 50%ige Arbeitsfähigkeit einer im 64. Altersjahr und rund zehn Monate vor dem Erreichen des AHV-Alters stehenden Versicherten (Urteil 9C_153/2011 vom 22.3.2012 Erw. 3.3). Einem im demselben Altersjahr stehenden Versicherten (acht Monate vor der Pensionierung), der neun Jahre ohne Arbeit war und seit mehr als fünf Jahren eine Teilrente bezog und daneben noch zu 50 % arbeitsfähig war, sprach das Bundesgericht ebenfalls die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ab (Urteil 9C_145/2011 vom 30.5.2011 Erw. 34; zum Ganzen: 9C_847/2015 vom 30.12.2015 Erw. 4.1.2). Verneint wurde in der neueren bundesgerichtlichen Rechtsprechung auch die Verwertbarkeit eines im

massgebenden Zeitpunkt 60-jährigen Versicherten, der während den letzten 20 Jahren als Portier überwiegend mittelschwere bis schwere Arbeiten ausgeführt hatte und welcher auch für körperlich leichte Tätigkeiten und Tätigkeiten, welche feinmotorische Fähigkeiten erforderten, eingeschränkt war bzw. diese nur sehr eingeschränkt ausüben konnte (Urteil BGer 9C_954/2012 vom 10.5.2013 Erw. 3.2.1).

Demgegenüber bejahte das Bundesgericht die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei einem 62 3/4-jährigen Versicherten, welcher nur noch vorwiegend sitzende oder wechselbelastende Arbeiten ausführen konnte, an den oberen Extremitäten aber nicht beeinträchtigt war und dem somit feinmotorische Tätigkeiten trotz fehlender diesbezüglicher Erfahrung in Form von Sortier- und Überwachungsarbeiten möglich waren (Urteil 8C_345/2013 vom 10.9.2013 Erw. 4.3.3). Auch bei einem 61 Jahre alten Versicherten, der leichte Tätigkeiten nur noch vorwiegend sitzend aber vollzeitlich verrichten konnte und in seiner Feinmotorik nicht beeinträchtigt war, erachtete es die Chancen auf eine Anstellung als intakt (Urteil 8C_330/2015 vom 19.8.2015 Erw. 3.2). Bejaht wurde sie im Weiteren bei einem 63-jährigen Versicherten, welcher die bisherige Tätigkeit im Bereich Zuschnitt/Verkauf nicht mehr ausüben konnte, in einer adaptierten Tätigkeit jedoch vollständig arbeitsfähig war (Urteil 9C_536/2015 vom 21.3.2016 Erw. 4.2) sowie bei einem 60-jährigen Hausabwart/Reinigungsmitarbeiter, welcher nurmehr vorwiegend sitzende oder wechselbelastende Arbeiten ausführen kann und keine Erfahrung mit feinmotorischen Tätigkeiten hatte (Urteil 8C_345/2013 vom 10.9.2013 Erw. 4.3.2 und 4.3.3). Bejaht wurde die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit zudem bei einem 60-jährigen Flachdachmonteur bei Status nach zweimaliger zerebrovaskulärer Ischämie mit geringem residuellem sensomotorischem Hemisyndrom und leichten kognitiven Defiziten bei einer Arbeitsfähigkeit von 70% in einer adaptierten Tätigkeit (Urteil 8C_434/2017 vom 3.1.2018 Erw. 7.2.2), bei einem Hilfsarbeiter in verschiedenen Baugewerben mit einer Aktivitätsdauer von noch knapp vier Jahren (über 60-jährig) und einer Arbeitsfähigkeit in geeigneten Verweistätigkeiten (körperlich leicht, wechselbelastend) von 80% (Urteil 8C_910/2015 vom 19.5.2016 Erw. 4.3.2 und 4.3.3), bei einem 61-jährigen Montagearbeiter ohne Berufsausbildung mit voller Arbeitsfähigkeit bei adaptierter Tätigkeit (Urteil 9C_680/2014 vom 15.5.2015 Erw. 6.2.4), bei einem 60-jährigen Gleisbauer, mit einer Restarbeitsfähigkeit von 60% in einer angepassten Tätigkeit (Urteil 9C_168/2015 vom 13.4.2016 Erw. 7.5. und 7.6) und einem 63,5 Jahre alten Servicetechniker, welcher nur mehr vorwiegend sitzende und nicht mehr körperlich schwere Arbeiten in einem Vollzeitpensum ausüben kann (Urteil 9C_847/2015 vom 30.12.2015 Erw. 4.2 und 4.3).

Im erwähnten VGE wurde die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bejaht bei einem 59-jährigen Versicherten, welchem noch eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit (bei einer Leistungseinschränkung von 20% wegen erhöhtem Pausenbedarfs) in einer Tätigkeit ohne Heben von schweren Lasten und ohne monotone Rumpfhaltung zumutbar war, unter Ausschluss rein sitzender, rein stehender oder rein gehender Tätigkeiten und unter Ausschluss von Tätigkeiten mit Gehen auf unebenem Boden, ständigem Treppensteigen oder ständigem Besteigen von Leitern oder Gerüsten; ohne Behinderungen an den oberen Extremitäten und ohne feinmotorischen Beeinträchtigungen.

4.4 Der Versicherten ist eine körperlich leichte, adaptierte Tätigkeit zu 80% (aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs) ohne das Heben und Tragen von schweren Lasten über 5 kg bds. zumutbar, unter Ausschluss von Tätigkeiten mit monotoner Kopfhaltung und Überkopfarbeiten bds. sowie Hantieren mit schlagenden und vibrierenden Maschinen. Auch Tätigkeiten mit sehr hoher Anforderung an feinmotorische Präzision sind nicht mehr zumutbar. Die angestammte Tätigkeit in der O. _____ (Regale auffüllen, Ablaufdatum der Lebensmittel kontrollieren, vgl. IV-act. 14-2/5, 32-3/10), ist der Versicherten insoweit nicht mehr zumutbar, als die Tätigkeit nicht an das Zumutbarkeitsprofil angepasst ist, wie bspw. das Transportieren von Waren über 5 kg sowie Überkopfarbeiten. Kann die Tätigkeit an das Zumutbarkeitsprofil der Versicherten angepasst werden, so wäre sie ihr weiterhin zu 80% zumutbar. Dasselbe gilt auch für die bisherige Tätigkeit der Versicherten für die R. _____ (Heimarbeit). Gegenüber den MEDAS-Gutachtern machte die Versicherte geltend, dass sie diese Heimarbeit heute nicht mehr bewältigen könne. Der Ehemann würde manchmal noch Arbeit mit nach Hause bringen, diese dann jedoch meist alleine verrichten, wobei die (unregelmässigen) Einkünfte dann auf den Namen der Versicherten geschrieben würden (IV-act. 74-32/44). Noch im März 2015 führte die Versicherte gegenüber der Abklärungsperson Haushalt aus, dass sie weiterhin Heimarbeit verrichte, wenn es ihr möglich sei. Sie packe zuhause bspw. S. _____ (Gegenstand) in die Geschenkbox ein oder schraube einzelne Teile zusammen (IV-act. 32-3/10). Soweit demnach die Heimarbeit aus Arbeiten besteht, welche sehr hohe Anforderungen an die feinmotorische Präzision stellen (wie bspw. das Zusammenschrauben kleinster Einzelteile), so sind diese der Versicherten nicht mehr zumutbar. Handelt es sich hingegen um Verpackungsarbeiten, welche keine hohen feinmotorischen Fähigkeiten erfordern, so sind diese der Versicherten weiterhin zumutbar. Nachdem der Versicherten ihre bisherige Tätigkeit zumindest angepasst weiterhin zumutbar ist, sie demnach bei einer neuen, ähnlichen Tätigkeit kaum Einarbeitungszeit benötigt (nachdem sie ihre bisherige Tätigkeit nur seit relativ kurzer Zeit nicht mehr ausübt) und auch bereits erstellt ist, dass solche Arbeiten für die Versicherte, welche nicht richtig lesen und schreiben kann, bestehen, ist im konkreten Fall die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit zu bejahen, zumal in der Rechtsprechung davon ausgegangen wird, dass Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden (Bundesgerichtsurteile 8C_657/2010 vom 19.11.2010 Erw. 5.2.3; 9C_646/2010 vom 23.2.2011 Erw. 4). Das Finden einer entsprechenden Stelle erscheint demnach nicht von vornherein ausgeschlossen, auch wenn die Verwertbarkeit in Berücksichtigung der konkreten Umstände (gesundheitliche Einschränkungen und Alter) sicherlich erschwert ist. Der

Versicherten stehen, neben den erwähnten bisherigen, angepassten Tätigkeiten, grundsätzlich auch noch weitere Hilfsarbeitertätigkeiten offen, welche weder eine Ausbildung noch Kenntnisse im Lesen und Schreiben erfordern und keine erhöhten Anforderungen an die Feinmotorik stellen. Zu denken ist etwa an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie an die Bedienung und Überwachung von automatischen Maschinen und Produktionseinheiten, die mit keiner körperlichen Anstrengung verbunden sind (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_12/2013 vom 13.2.2013 Erw. 3.2). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt hält eine Anzahl verschiedener derartiger Arbeitsstellen bereit (vgl. Bundesgerichtsurteile 8C_25/2012 vom 3.7.2012 Erw. 4.2 in fine, mit Hinweisen; 8C_100/2012 vom 29.3.2012 Erw. 3.4). Die Versicherte kann dabei von ihren Erfahrungen in ihren bisherigen Tätigkeiten profitieren. Zusammenfassend ist eine wirtschaftliche Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mithin zu bejahen. Von beruflichen Massnahmen (wie z.B. eine Umschulung und Berufsberatung), welche über die Unterstützung im Rahmen der Stellensuche hinausgehen, sowie von einer praktischen Arbeitsabklärung kann demnach vorliegend abgesehen werden (vgl. dazu auch nachfolgende Erw. 7.3.2).

5.1 Die Versicherte macht geltend, dass im Haushalt grössere Einschränkungen bestehen würden als im Ausmass von 6.8%. Sie sei lediglich bei der "Haushaltsführung" nicht nennenswert eingeschränkt. In den Bereichen "Ernährung", "Wohnungspflege", "Einkauf und weitere Besorgungen" und "Wäsche und Kleiderpflege" sei sie deutlich eingeschränkt. Gesamthaft resultiere eine Einschränkung von gegen 50% (22.5% + 12% + 4.2% + 8%).

5.2 Bei der Schadenminderungspflicht handelt es sich um einen allgemeinen Grundsatz des Haftpflicht- und Versicherungsrechts (BGE 133 V 511 Erw. 4.3). Sie bedeutet, dass einem Leistungsansprecher Massnahmen zuzumuten sind, die ein vernünftiger Mensch in derselben Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Entschädigung zu erwarten hätte (Urteil 4C.177/2006 vom 22.9.2006 Erw. 2.2). Die Schadenminderungspflicht ist namentlich auch im Haushalt von erheblicher Bedeutung; ihr Umfang ergibt sich nicht direkt aus der medizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (BGE 130 V 97 Erw. 3.3.3). Nach der Rechtsprechung hat die versicherte Person Verhaltensweisen zu entwickeln, welche die Auswirkungen der Behinderung im hauswirtschaftlichen Bereich reduzieren und ihr eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltsarbeiten ermöglichen. Der Umstand, dass diese Arbeiten nur mühsam und mit höherem Zeitaufwand bewältigt werden können, begründet nicht ohne weiteres eine Invalidität. Zudem wird die Unterstützung durch Familienangehörige vorausgesetzt, welche weiter geht als im Gesundheitsfall (BGE 130 V 97 Erw. 3.3.3).

Ein invaliditätsbedingter Ausfall darf bei einer im Haushalt tätigen Person nur insoweit angenommen werden, als die Aufgaben, welche nicht mehr erfüllt werden können, durch Drittpersonen gegen Entlohnung oder durch Angehörige verrichtet werden, denen dadurch nachgewiesenermassen eine Erwerbseinbusse oder doch eine unverhältnismässige Belastung entsteht. Geht es um die Mitarbeit von Familienangehörigen, ist danach zu fragen, wie sich eine vernünftige Familiengemeinschaft einrichten würde, wenn keine Versicherungsleistungen zu erwarten wären (Bundesgerichtsurteil 8C_828/2011 vom 27.7.2012 Erw. 4.1.1). Allerdings darf unter dem Titel der Schadenminderungspflicht die Bewältigung der Haushaltstätigkeit nicht in einzelne Funktionen oder insgesamt auf die übrigen Familienmitglieder überwältigt werden mit der Folge, dass gleichsam bei jeder festgestellten Einschränkung danach gefragt werden müsste, ob sich ein Familienmitglied finden lässt, das allenfalls für eine ersatzweise Ausführung der entsprechenden Teilfunktion in Frage kommt (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 681/02 vom 11.8.2003 Erw. 4.4).

5.3 Im konkreten Fall ist unbestritten, dass die Versicherte im Gesundheitsfall zu 75% einer Erwerbstätigkeit nachgehen und zu 25% den Haushalt erledigen würde.

Die im Abklärungsbericht enthaltene Gewichtung der Tätigkeitsfelder entspricht den Vorgaben des KSIH (Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, Rz. 3087). Zudem wurde die Haushaltabklärung in Kenntnis der medizinischen Akten (inkl. MEDAS-Gutachten) vorgenommen.

Unbestritten ist des Weiteren, dass im Bereich "Haushaltsführung" keine Einschränkung vorliegt. Die Versicherte und ihr Ehemann vermögen einen Grossteil der Haushaltarbeiten gemeinsam auszuführen. Darunter fallen ein Grossteil der Mahlzeitenzubereitung, die Küchenordnung, das Einkaufen sowie weitere Besorgungen und die Wäschepflege. Eine solche Arbeitsaufteilung ist, bei einem Zweipersonenhaushalt, in welchem der Ehemann Vollzeit arbeitet und die Versicherte im Gesundheitsfall ebenfalls zu einem Pensum von 75% erwerbstätig wäre, grundsätzlich zumutbar. Es wird demnach vom Ehemann nicht erwartet, dass er den Grossteil des Haushaltes alleine erledigt aber eine erhebliche Mithilfe wird zu Recht angenommen. Zudem werden der Versicherten im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils leichte Tätigkeiten ohne sehr hohe Anforderungen an feinmotorische Präzision (wie bspw. einfache Mahlzeiten zubereiten, allenfalls unter Verwendung von Halbfertigprodukten wie bereits gerüstete Salate etc., Tisch decken und abräumen, tägliche leichte Aufräum- und Reinigungsarbeiten sowie leichte Einkäufe) zugetraut. Gewisse Tätigkeiten, wie die Tageskehr und Einkaufsplannung, vermag die Versicherte neben der Haushaltsführung auch noch alleine

auszuführen. Bei denjenigen Tätigkeiten, welche der Ehemann seit Beschwerdebeginnn zumindest grösstenteils alleine vornehmen muss und bei welchen der Versicherten wenig bis keine Mithilfe zugemutet werden kann, wurde im Abklärungsbericht jeweils eine Einschränkung berücksichtigt. Darunter fallen teilweise das tägliche Zubereiten der Mahlzeiten, die Jahresreinigung der Küche, die Wochenkehr und die saisonale Reinigung der Wohnung. Zudem wurde in der Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 23. Februar 2018 nachvollziehbar ergänzt, dass im Sinne der Schadenminderungspflicht auch entsprechende Hilfsmittel für die Reinigung zu verwenden sind (wie Roboter für das Staubsaugen, Böden aufnehmen und die Fensterreinigung, Badezimmerbürsten mit Teleskop, Greifzangen, leicht zu bedienende Bügeleisen sowie Reinigungsmittel, welche nur noch ein Aufsprühen und Abspülen und kein Schrubben mehr erfordern). Bei dieser Sachlage ist die vom Abklärungsdienst ermittelte Einschränkung im Haushalt von 6.8% nicht zu beanstanden. Selbst wenn man bei der Wäsche- und Kleiderpflege noch eine teilweise Einschränkung von je 25% berücksichtigen würde (weil der Ehemann einen Grossteil der Arbeit ausführt, wobei der Versicherten durchaus gewisse Arbeiten zumutbar sind), was die gesamthafte Einschränkung Haushalt um 5% auf 11.8% erhöhen würde (Wäsche waschen etc. und Wäsche zusammenlegen etc. je eine Behinderung von 12.5% = total 25%; bei einer Gewichtung von 20% ergibt sich eine Beeinträchtigung von 5%; $6.8\% + 5\% = 11.8\%$), resultierte daraus kein rentenbegründender IV-Grad, wie nachfolgend (in Erw. 6.2.3) dargelegt wird. Bei einer unbestrittenen Gewichtung von 25% resultiert bei der Versicherten für den Haushalt eine Invalidität von 2% bzw. maximal 3%.

6.1 Die Versicherte macht des Weiteren geltend, dass sie zumindest Anspruch auf eine IV-Viertelsrente hätte.

6.2.1 Die Ermittlung des Invaliditätsgrades erfolgte sowohl im Abklärungsbericht als auch in der angefochtenen Verfügung ohne Berücksichtigung des geänderten Art. 27bis IVV, welcher die neue Berechnung der Invalidität bei Teilerwerbstätigen regelt (vgl. vorstehende Erw. 1.4). Dies wird vernehmlassend von der IV-Stelle anerkannt. Des Weiteren ist die Ermittlung des Valideneinkommens und des Invalideneinkommens gestützt auf die LSE-Tabellenlöhne (TA1, 2014), welche für Frauen im Kompetenzniveau 1 ein monatliches Einkommen von Fr. 4'300.-- vorsehen, grundsätzlich unbestritten.

Angepasst an die Nominallohnentwicklung per 2016 und unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche ergibt sich bei einem Vollzeitpensum (vgl. Art. 27bis Abs. 3 lit. a IVV) ein jährliches hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 54'517.50.

Bei einer Arbeitsfähigkeit von 80% resultiert ein Einkommen von Fr. 43'614.--. Des Weiteren gewährte die IV-Stelle einen leidensbedingten Abzug von 15%.

Die Versicherte macht geltend, dass sie aufgrund der hier noch relevanten gesundheitlichen Einschränkungen (höchstens sehr leichte Arbeiten seien noch möglich) auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einer Mitbewerberin ohne Einschränkungen extrem stark benachteiligt sei, was sich auf das Lohnniveau auswirke. Deshalb rechtfertige es sich in jedem Fall, den höchstzulässigen Abzug von 25% vorzunehmen.

6.2.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) um maximal 25% zu kürzen, wenn persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität resp. Aufenthaltskategorie oder Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben und die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 Erw. 5.2; 126 V 75 Erw. 5b/aa-cc S. 80). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 Erw. 5a/bb; Urteil BGer 8C_805/2016 vom 22.3.2017 Erw. 3.1).

6.2.3 Im konkreten Fall ist der Anspruch auf die Gewährung eines leidensbedingten Abzugs grundsätzlich unbestritten. Dass die Versicherte selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeiten in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist, trifft zu. Allerdings wird der erhöhte Pausenbedarf bereits im Rahmen des um 20% reduzierten Arbeitspensums berücksichtigt. Die weiteren Einschränkungen werden sodann grösstenteils bereits im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeiten abgedeckt, weshalb sich vorliegend nicht der Abzug des Maximalbetrages von 25% rechtfertigt. Der Abzug der IV-Stelle in der Höhe von 15% ist somit nicht zu beanstanden. Selbst wenn jedoch ein leidensbedingter Abzug von 25% gewährt würde, vermag vorliegend kein rentenbegründender IV-Grad zu resultieren.

Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 15% resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 37'071.90. Daraus ergibt sich für die Erwerbstätigkeit eine Beeinträchtigung von 32%. Gewichtet anhand des Beschäftigungsgrades, den die Versicherte hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (vgl. Art. 27^{bis} Abs. 3 lit. b IVV), nämlich 75%, ergibt sich eine Invalidität im Erwerb von 24%.

Bei einer Invalidität im Haushalt von 2% bzw. maximal 3% (vgl. vorstehend Erw. 5.3) ergibt sich ein IV-Grad von 26% bzw. 27%.

Berücksichtigt man einen leidensbedingten Abzug von 25% so resultierte ein Invalideneinkommen von Fr. 32'710.50, was eine Beeinträchtigung für die Erwerbstätigkeit von 40% ergibt. Gewichtet anhand des Beschäftigungsgrades von 75% (vgl. dazu auch der erläuternde Bericht des Bundesamtes für Sozialversicherungen zur Änderung der IVV betreffend die Invaliditätsbemessung für teilerwerbstätige Versicherte [gemischte Methode] per Januar 2018, Anpassungen zur Anwendung der gemischten Methode nach dem Urteil 7186/09 des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte vom 2. Februar 2016, zu finden unter: Medienmitteilung des BSV vom 17.5.2017: Die Invalidität von Teilerwerbstätigen soll ausgewogener berechnet werden - Dokumente), resultiert eine Invalidität im Erwerb von 30% bzw. ein IV-Grad von 32% bzw. maximal 33%.

7.1 Die Versicherte macht schliesslich geltend, Anspruch auf Arbeitsvermittlung, Berufsberatung und Integrationsmassnahmen zu haben.

7.2.1 Arbeitsunfähige Versicherte, welche eingliederungsfähig sind, haben u.a. Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes (vgl. Art. 18 Abs. 1 lit. a IVG).

7.2.2 Gemäss Art. 15 IVG haben Versicherte, die infolge Invalidität in der Berufswahl oder in der Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit behindert sind, Anspruch auf Berufsberatung. Der Anspruch auf Berufsberatung (Art. 15 IVG) setzt voraus, dass die versicherte Person an sich zur Berufswahl oder zur beruflichen Neuorientierung fähig ist, infolge ihres Gesundheitszustandes aber darin behindert ist, weil die Kenntnisse über Neigungen, berufliche Fähigkeiten und Möglichkeiten nicht ausreichen, um einen der Behinderung angepassten Beruf wählen zu können (Bundesgerichtsurteil I 761/01 vom 18.10.2002 Erw. 4.3; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3.A., S. 184). Des Weiteren muss die versicherte Person, um Anspruch auf Massnahmen nach Art. 15 IVG zu haben, über die erforderlichen schulischen Grundvoraussetzungen für einen Erfolg versprechenden Beginn einer beruflichen Massnahme (Berufslehre, Anlehre, Umschulung) verfügen (vgl. Bundesgerichtsurteil I 547/99 vom 12.10.2001 Erw. 6). Art. 15 IVG ist keine Grundlage, um auf Kosten der Invalidenversicherung Lücken im Grundschulwissen auszufüllen (zit. Bundesgerichtsurteil I 547/99 m.V.a. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Art. 15 N 3 m.w.H.).

7.2.3 Versicherte, die seit mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig sind, haben Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Integrationsmassnahmen), sofern dadurch die Voraussetzungen für die Durchführung von Massnahmen beruflicher Art geschaffen werden können (Art. 14a Abs. 1 IVG).

7.3.1 Die IV-Stelle hat in der angefochtenen Verfügung ausgeführt, dass in Bezug auf die Suche einer behinderungsangepassten Tätigkeit im Pensum von 80% grundsätzlich keine invaliditätsbedingte Einschränkung besteht. Ausserdem seien Eingliederungsmassnahmen aufgrund der subjektiven Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung nicht zielführend. Sollte sich die Versicherte wider Erwarten für die Stellensuche im Rahmen der festgelegten Zumutbarkeit zur Verfügung stellen, könne sie sich trotzdem bei der IV zur Verwertung der Resterwerbsfähigkeit melden. Dementsprechend würde der Versicherten Arbeitsvermittlung gewährt.

7.3.2 Was die Berufsberatung betrifft, so geht es vorliegend nicht darum, eine Erfolg versprechende berufliche Massnahme im Sinne einer Berufslehre, Anlehre oder Umschulung vorzubereiten, da dafür die ausbildungsmässigen Erfordernisse nicht gegeben sind (geringe Lese- und Schreibkenntnisse; vgl. Bundesgerichtsurteil I 547/99 vom 12.10.2001 Erw. 6). Zudem ist vorliegend nicht ersichtlich, dass die Versicherte infolge ihres Gesundheitszustandes nicht in der Lage ist, einen der Behinderung angepassten Beruf zu wählen oder dass die gesundheitlichen Einschränkungen eine Berufsberatung nötig machen. Für die Versicherte kommen wie bereits erwähnt grundsätzlich verschiedenste körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten in Frage. Massnahmen wie Berufswahlgespräche, Neigungs- und Begabungstests erscheinen für die Wahl einer solchen Tätigkeit nicht erforderlich (vgl. Bundesgerichtsurteil I 761/01 vom 18.10.2002 Erw. 4.3; vgl. auch VGE I 2017 28 vom 18.9.2017 Erw. 7.4).

7.3.3 Die Versicherte ist in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig. Die Voraussetzung einer 50%-igen Arbeitsunfähigkeit gemäss Art. 14a Abs. 1 IVG ist demnach nicht erfüllt, weshalb kein Anspruch auf Integrationsmassnahmen besteht.

8.1 Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde als unbegründet.

8.2 Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend werden die Verfahrenskosten der Beschwerdeführerin auferlegt. Ein Anspruch auf Parteientschädigung entfällt.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie hat am 28. März 2018 einen Kostenvorschuss von Fr. 500.-- bezahlt, so dass die Rechnung ausgeglichen ist.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (A)
 - und an das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, Bern (A).

Schwyz, 9. August 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

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

Versand: 12. September 2018