

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 39

Entscheid vom 23. Oktober 2018

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
MLaw Stefan Getzmann, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwältin Dr.iur. B._____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A. _____ (aus Deutschland, geb. _____ 1966, seit 2000 Bürgerin der Gemeinde C. _____) hat eine sozialpädagogische sowie eine kaufmännische Ausbildung absolviert. Seit 1985 lebt und arbeitet sie in der Schweiz (UV-act. 2-33/167/ IV-act. 44-2/11). Nach der Heirat wurde sie Mutter einer Tochter (D. _____, geb. _____ 1994). Mit Urteil vom 4. März 2003 hat der Einzelrichter des Bezirks _____ die Ehe geschieden sowie die Tochter D. _____ unter die elterliche Sorge der Mutter gestellt (IV-act. 11ff.).

B. Bei Stallarbeiten im Pferdepensionsbetrieb ihre Ex-Ehemannes verspürte sie am 28. Dezember 2004 plötzlich einen "starken Zwick in der Schulter links" (als sie mit dem sogenannten Stallboy im Stall Pferdekot eingesammelt und dabei rund 10 kg Pferdekot mit dem linken Arm schwingvoll in eine Garette gehoben hatte). Seither wies A. _____ (belastungsabhängige) Schulterprobleme (Schulterschmerzen) auf (UV-act. 2-130/167). Die Unfallversicherung (_____) erbrachte zunächst Versicherungsleistungen. In der Folge lehnte sie mit Verfügung vom 24. April 2008 die Leistungspflicht für das Ereignis vom 28. Dezember 2004 ab (UV-act. 2-13/167). Eine Einsprache wurde vom Unfallversicherer abgewiesen. Die dagegen erhobene Beschwerde hat das Verwaltungsgericht mit Entscheid I 2008 235 vom 19. Dezember 2008 abgewiesen (Protokollband 2008 K I, S. 3430ff.). Dieser Entscheid ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

C. Seit Februar 2006 arbeitete A. _____ als kaufmännische Angestellte für die Garage AC. _____ (mit einem vereinbarten Beschäftigungsgrad von 95% bzw. 40 Stunden pro Woche, UV-act. 2-83/167). Am 30. April 2008 meldete sich A. _____ bei der IV zum Bezug von Leistungen. Die IV-Stelle gelangte mit Verfügung vom 4. November 2008 zum Ergebnis, dass in einer körperlich leichten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe, weshalb das Leistungsbegehren abgewiesen sowie die Arbeitsvermittlung abgeschlossen werde (IV-act. 39). Dagegen beschwerte sich A. _____ beim Verwaltungsgericht. Mit Entscheid VGE I 2008 279 vom 12. Mai 2009 hat das Verwaltungsgericht die Beschwerde insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zur Sachverhaltsabklärung und neuem Entscheid an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde (IV-act. 44).

D. In der Folge liess sich A. _____ vom 11. bis 20. Dezember 2008 in der Klinik AD. _____ behandeln (Cloward-Spondylodese C5-7, vgl. IV-act. 48-2ff./6). Am 24. Mai 2010 verfügte die IV-Stelle, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 53). Diese Verfügung blieb unangefochten.

E. Am 8. März 2016 ging bei der IV-Stelle erneut eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen ein (IV-act. 54). Die gesundheitlichen Probleme umschrieb A._____ wie folgt (IV-act. 54-6/8, Ziff. 6.1):

- Chronische Schmerzen HWS und Rücken, Fibromyalgie
- Andauernde ISG-Blockaden/Ischias-Problematik
- Psychische Überlastung (Burn out), Überforderung im Alltag
- Schmerzmittel-/Medikamentenunverträglichkeit
- Hüftgelenkersatz rechts am 30.12.2015

Zur Klärung der Leistungsansprüche veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung. Der Begutachtungsauftrag wurde der AE._____ AG (._____) zugestellt (IV-act. 76). Das MEDAS-Gutachten wurde am 5. Dezember 2016 erstattet (IV-act. 80). Mit Schreiben vom 7. März 2017 unterbreitete die IV-Stelle den AE._____-Gutachtern neue Befundberichte, welche im Januar 2017 eingegangen waren (IV-act. 86). Dazu nahmen die Gutachter am 21. April 2017 Stellung (IV-act. 88).

In der Zwischenzeit hatte A._____ am 8. März 2017 der IV-Stelle mitgeteilt, dass nun auch die zweite, linke Hüfte mit einer Prothese ersetzt werden müsse (mit Operation am 19.4.2017, IV-act. 87). Der Operationsbericht ging am 9. Mai 2017 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 90). Im Rahmen eines Hausbesuches vom 11. Oktober 2017 erfolgte eine Abklärung vor Ort (IV-act. 108).

Nach einer Beurteilung der Aktenlage durch den RAD-Arzt AF._____ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, IV-act. 91-6f./7) kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 15. November 2017 an, bei einem ermittelten IV-Grad von 20% das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 96).

Mit Eingabe vom 18. Dezember 2017 erhob A._____ Einwände gegen den Vorbescheid (IV-act. 101).

F. Am 23. März 2018 verfügte die IV-Stelle, dass kein Anspruch auf eine IV-Rente bestehe (IV-act. 110).

G. Gegen diese am 28. März 2018 eingegangene Verfügung liess A._____ (unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes nach Art. 38 Abs. 4 lit. a ATSG i.V.m. Art. 60 ATSG) rechtzeitig am 3. Mai 2018 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. In Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 23. März 2018 aufzuheben und es seien der Beschwerdeführerin Leistungen aus IVG zuzusprechen, insbesondere eine halbe Invalidenrente.
2. Eventuell sei ein gerichtliches Obergutachten zu veranlassen und danach über den Leistungsanspruch zu entscheiden.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

H. Mit Vernehmlassung vom 20. Juni 2018 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin. Dazu nahm die Beschwerdeführerin in einer Eingabe vom 4. Juli 2018 Stellung.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Nach Art. 4 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG; SR 831.20) in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

1.2 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.

1.3 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 (ganz oder teilweise) 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).

1.4 Wie der Versicherten bereits im VGE I 2008 279 vom 12. Mai 2009 dargelegt wurde, sind Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter 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).

1.5.1 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).

1.5.2 In Bezug auf Berichte behandelnder Ärzte 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; Urteil des Bundesgerichts 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 (siehe Urteile 9C_419/2008 vom 12.3.2008 Erw. 3.3; I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

1.6 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismässigkeit 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 Beweismässigkeit; vgl. Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, Rz. 450; BGE 122 II 469 Erw. 4a; Urteil 8C_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 148 Erw. 5.3).

2.1 Im ersten Gerichtssentscheid VGE I 2008 279 vom 12. Mai 2009, welcher die Invalidenversicherung betraf, hat das Verwaltungsgericht die medizinischen Unterlagen wie folgt zusammengefasst (zit. VGE, ab Erw. 4.1ff., Kursiv-Druck nicht im Original):

4.1 Am 8. Juni 2005 wurde bei der Versicherten eine MRI-Untersuchung am AG. _____, durchgeführt. Dem Bericht von Dr.med. E. _____ vom 13. Juni 2005 (...) kann entnommen werden:

Klinische Angaben:

Plötzlich aufgetretener Sensibilitätsausfall des III. Fingers rechts ulnar und des IV-Fingers radial. St. n. Dekompression Karpaltunnel bds. Chronisch lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein. Elektromyographisch leichte Störungen der Nerven medialis und ulnaris rechts auf Höhe des Handgelenkes vereinbar mit St.n. Kompressionssyndrom. (...)

4.2 Im Rahmen einer MRI-Untersuchung vom 10. Mai 2006 wurde bei der Versicherten eine Partialruptur der Bicepssehne intraartikulär diagnostiziert (...). In der Folge wurde die Versicherte am 13. Juli 2006 von Dr.med. F. _____ operiert bei der Diagnose "LBS-Partial-Ruptur links" (...). Nach der Operation wurde der Versicherten bis am 27. August 2006 eine volle und danach bis zum 19. Oktober 2006 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (...). Ab 20. Oktober 2006 attestiert der behandelnde Arzt wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (...).

4.3 Wegen eines ständigen Schweregefühls im linken Arm seit der Operation wurde die Versicherte am 12. Oktober 2006 durch den Neurologen Dr.med. AH. _____ untersucht. Dieser hielt in seiner Beurteilung fest (...):

Die klinischen und neurophysiologischen Befunde sind mit pseudoradikulären Beschwerden vereinbar. Bei subjektiver Angabe von einem ständigen Schweregefühl des gesamten linken Armes, wird in der heutigen Untersuchung am gesamten linken Arm eine normale maximale Kraft gemessen. Es finden sich keine Faszikulationen und keine Atrophien. Die Hyposensibilität folgt keinem neurologischen Verteilungsmuster und ist am Vorderarm, weniger auch der linken Hand vorhanden. Die Elektromyographie zeigt weder akute noch chronische Denervationszeichen.

Zusammengefasst gibt es keine Hinweise für eine neurogene Ursache der geschilderten Beschwerden. Ich habe der Patientin geraten den Arm nach Massgabe ihrer Beschwerden möglichst normal im Alltag einzusetzen.

4.4 Am 14. Dezember 2006 wurde die Versicherte nochmals an der linken Schulter operiert (AC-Gelenks-Resektion links; ...). In der Folge attestierte der be-

handelnde Arzt eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 9. Februar 2007. Die Frage, ob bleibende Nachteile zu erwarten seien, verneinte der behandelnde Arzt mit Zeugnis vom 26. Juni 2007 (...).

4.5 Am 13. Juni 2007 wurde bei der Versicherten eine Ganzkörperskelett-Szintigraphie durchgeführt. Dr.med. G._____, Fachärztin für Nuklearmedizin, hielt in ihrer Beurteilung fest (...):

Umschriebener Prozess mit erhöhtem Knochenumbau und leichter Hyperämie im linken AC-Gelenk respektive im lateralen Clavicula-Ende; bei fehlender Umgebungsreaktion ist ein Infekt jedoch sehr unwahrscheinlich. Die diffus leicht erhöhte ossäre Aufnahme in der gesamten linken Schulterregion dürfte reaktiv bedingt sein.

4.6 Wegen persistierender Schulterbeschwerden wurde die Versicherte am 11. Juli 2007 durch den PD Dr.med. H._____, FMH orthopädische Chirurgie (Teamleiter Schulter-Ellbogen, _____) untersucht. Dieser hielt in seiner Beurteilung fest (...):

Residuelle Schulterbeschwerden, welche strikt im Zusammenhang mit oder nach Schulterbelastung auftreten. Da keine Ruhe- und Nachtschmerzen vorhanden sind, denke ist, ist ein Lowgrad-Infekt sehr unwahrscheinlich. Die Schmerzen können klinisch und bildgebend nicht genau lokalisiert werden, können am ehesten mit einem schmerzhaften Schnappen anteromedial im Schulterbereich anterodistal des AC-Gelenkes lokalisiert werden. Dies ist allenfalls mit einer postoperativen Narbenbildung vereinbar, allerdings wären diese Narben nicht derart ausgeprägt, um auf dem MRI lokalisiert werden zu können. (...). Ich denke mir, dass das Problem bei der etwas laxen Schulter gut in einer muskulären Dekompensation liegen könnte und dementsprechend mit vorsichtig aufbauender Kräftigung der Schulter die Beschwerden allenfalls reduziert werden können. (...). Keine AUF.

4.7 Wegen weiterhin andauernder Schmerzen im Bereich linke Schulter/ linker Arm attestierte Dr.med. I._____ der Versicherten ab dem 28. Februar 2008 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (...).

4.8 Der Hausarzt der Versicherten, Dr.med. J._____ stellte mit Arztbericht vom 23. Mai 2008 folgende Diagnosen (...):

1.1 Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

St.n. Schulterdistorsion links

St.n. Schulterarthroskopie li. mit Bicepstendodese

St.n. Schulterarthroskopie und AC-Resektion li.

persistierende Schulterschmerzsymptomatik

1.2 Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

rezidivierende Lumbalgien

upper airway resistance syndrome bei Septumdeviation

Im Weiteren hielt Dr.med. J._____ zu den Fragen der IV fest:

3.4 Von der versicherten Person angegebene Beschwerden

Schmerzen in der linken Schulter bei vermehrter Bewegung, ungünstiger Schlafposition und vor allem bei Druck auf den Oberarm in cranialer Richtung, wie er üblicherweise bei Schreibtischtätigkeiten besteht. Bei hängendem Arm oder leichtem Zug nach unten keine Beschwerden.

3.5 Ärztlich erhobene Befunde

*passiv weitgehend freie Schulterbeweglichkeit mit Impingementsymptomatik.
Druckschmerz über AC-Gelenk und ventraler Schulter.*

Als kaufmännische Angestellte attestierte Dr.med. J._____ der Versicherten weiterhin eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit.

4.9 Der RAD-Arzt Dr.med. K._____ hielt mit Stellungnahme vom 27. Juli 2008 fest (...):

Kommentar: Es finden sich gemäss subjektiven Angaben Restbeschwerden im Bereich der linken Schulter, welche keiner eindeutigen Pathologie zuzuordnen sind. Die objektiven Befunde sind weitgehend unauffällig. Von den behandelnden Orthopäden (_____) wurde im Hinblick auf die Befunde und die jetzt ausgeübte körperlich leichte Tätigkeit als kaufmännische Angestellte keine AUF attestiert. Dies ist schlüssig.

Erst 2/08 wird nun vom Hausarzt/ Komplementärmediziner eine AUF attestiert.

Fazit: Der klinisch radiologische Befund rechtfertigt keine AUF in einer körperlich leichten Tätigkeit. Die V. ist 100% arbeitsfähig als kaufmännische Angestellte bzw. auch Sozialpädagogin zu betrachten.

Für die frühere Tätigkeit "Betriebsleiterin Pferdepensionsstall" ist der GS whsch zu akzeptieren, da die V. gemäss Akten auch schwerere Arbeiten ausführen musste (Stall ausmisten, Pferde führen, etc.).

4.10 Am 17. Oktober 2008 wurde eine weitere MRI-Untersuchung im P._____ (Institut) durchgeführt. Der Beurteilung von Dr.med. L._____, Fachärztin FMH Radiologie vom 17. Oktober 2008 kann entnommen werden (...):

Komprimierung der Wurzel C6 recessal und intraforaminal links durch Diskusprolaps wie oben beschrieben auf Höhe C5/C6, diskret progredient zu den Voraufnahmen. Übrige degenerative Veränderungen wie oben beschrieben, weitgehend unverändert.

4.11 In den Akten findet sich im Weiteren ein Bericht des Orthopäden Dr.med. M._____ vom 20. Oktober 2008. In diesem äussert sich Dr.med. M._____ zur Frage nach der Unfallkausalität der Beschwerden. In der Beurteilung finden sich jedoch keine Angaben zu Art und Umfang der Beschwerden und zur Frage der Arbeitsfähigkeit (...).

4.12 Der RAD-Arzt Dr.med. N._____ äusserte sich in der Folge zu den neu einge-brachten medizinischen Akten am 3. November 2008 wie folgt (...):

*Die bisherige Aktenlage wurde vom RAD bereits am 29.07.2008 beurteilt. Hier resultierte eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepasster Arbeit, wozu auch die zuletzt ausgeübte im kaufmännischen Bereich zählt.
(...).*

Die beklagten Beschwerden liessen sich keinem organischen Korrelat zuzuordnen. Die objektiven Befunde waren weitgehend unauffällig.

Dr. J._____ (Chirurg) (recte wohl Dr. H._____) attestierte für angepasste Arbeiten eine volle AF. Der neu beigebrachte Bericht von Dr. M._____ vom 20.10.2006 (recte 2008) fasst lediglich die bereits bekannten Fakten zusammen und äussert sich schliesslich zur Kausalitätsfrage. Für die zumutbare Arbeitsfähigkeit ergibt sich nichts Neues. Auch der Bericht

von Dr. L. _____ (Radiologie, 17.10.2008) bringt nichts Unbekanntes. Bereits aus den Voruntersuchungen (z.B. Radiologiebericht des AG. _____ vom 13.06.2005) sind die degenerativen Veränderungen der HWS mit Einengungen auf mehreren Etagen bekannt.

Insgesamt kann am Entscheid festgehalten werden. Es liegen keine neuen medizinischen Fakten vor. Es ist medizinisch nicht begründbar und nachvollziehbar, dass die Versicherte ihre bisherige leichte und sehr gut angepasste Arbeit nicht vollschichtig ausführen können.

4.13 Im Rahmen des verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahrens (I 2008 279) reichte die Versicherte einen Bericht von Dr.med. O. _____, FMH orthopädische Chirurgie, vom 5. November 2008 ein. Dem kann entnommen werden:

Diagnose/Anamnese

Wie Sie wissen, leidet die Patientin seit mehreren Monaten an einem Cervicobrachialsyndrom linksbetont mit auch occipitalen Ausstrahlungen bei auf den Funktions-Röntgenaufnahmen sowie MRI der HWS vom 4.11.08 resp. 10.10.08 zweietagerer Osteochondrose und Diskushernie C5-6 und C6-7, welche die nun invalidisierende Beschwerdesymptomatik erläutert. Zu erwähnen ist ebenfalls ein St.n. Schulteroperation links sowie eine Osteochondrose L3-4 mit ventralen osteophytären Ausziehungen sowie im MRI der LWS vom 2005 multietageren Diskusprotrusionen.

(...)

Beurteilung und Procedere

Im Vordergrund stehen die cervicobrachialen Schmerzen linksbetont, welche invalidisierenden Charakter haben. Bei oben erwähntem korrelierendem Befund würden wir hier bei leider nicht Ansprechenden auf die konservativen Massnahmen eine Coward-Spondylodese C5-6 und C6-7 empfehlen, wozu die Patientin sich allenfalls bei uns melden würde.

Dem Bericht liegt ein MRI-Befund vom 4. November 2008 des R. _____ (Zentrum) bei, dem in Bezug auf die HWS entnommen werden kann:

Mässige Osteochondrose der cervicalen Bandscheiben auf Höhe von C4-C7. Betonte Spondylarthrose in der ganzen Länge der dargestellten Wirbelsäule. Bei Inklination und Reklination kein signifikantes Ventro- oder Retrolissement. Normale Knochenstruktur.

2.2 Nach einer Würdigung dieser medizinischen Unterlagen erwog das Verwaltungsgericht im erwähnten Entscheid I 2008 279 unter anderem, dass die Versicherte zunächst v.a. unter Beschwerden in der linken Schulter gelitten hatte, wobei für die Schmerzursache objektive Befunde im Schulterbereich eruiert werden konnten. Trotz (wiederholter) operativer Behandlungen der Schulter persistierten die Beschwerden in der Schulter. Der Orthopäde Dr.med. O. _____ stellte im November 2008 Diskushernien im Bereich C5-6 und C6-7 fest, deren Auswirkungen auf den Arbeitsfähigkeitsgrad unklar blieben. Auch wenn die Versicherte als Büroangestellte eine körperlich leichte Arbeit ausführe, sei es nicht auszuschliessen, dass die damit verbundenen Tätigkeiten, bei welchen Schulter und Arme von gewissen Zwangshaltungen betroffen seien, nur mehr eingeschränkt zumutbar seien, weshalb nicht unbesehen auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit

durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) abgestellt werden könne. Im Ergebnis wies das Gericht die Sache zur vertiefteren Sachverhaltsabklärung an die IV-Stelle zurück (IV-act. 44-11/11).

2.3 In einem Bericht vom 30. Juli 2009 teilte der Orthopäde Dr.med. O._____ (Spital AD._____) der IV-Stelle mit, dass die Versicherte sich im Oktober 2008 wegen eines anhaltenden therapieresistenten Cerviko-Brachialsyndrom links (bei eindeutiger grosser Diskushernie) gemeldet habe, worauf am 12. Dezember 2008 eine Cloward-Spondylodese C5-7 durchgeführt worden sei, mit Erfolg, was die Brachialgien betreffe. Jedoch habe sich postoperativ herausgestellt, dass immer noch belastungsbedingte Trapeziusverspannungen vorhanden seien. Als 2. Schmerzursprung sei die Lendenwirbelsäule zu nennen, wo im MRI von Januar 2009 ein Facettenerguss L3-4 vorliege sowie osteophytäre Ausziehungen, was auf eine lokale Osteochondrose L3-4 hindeute, welche bei Nichtansprechen auf konservative Massnahmen eventuell mittels Spondylodese und PLIF L3-4 saniert werden müsste. Diese zwei Wirbelsäulenprobleme ergäben folgendes Arbeitsprofil: Verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule mit Meiden von monotonen Stellungen sowie Meiden von Lasten über 10 kg. Ansonsten sei die Prognose hinsichtlich der Wirbelsäule günstig und in angepasster Tätigkeit wäre die Versicherte auch wieder einsetzbar, wobei offenbar derzeit psychische und rheumatologische Beschwerden im Vordergrund stünden, welche bei Dr. Q._____ behandelt würden. Was die Wirbelsäule anbelange habe er einen erneuten Arbeitsversuch zu 100% in angepasster Tätigkeit ab 22. Mai 2009 festgelegt (mit Verlaufskontrolle in 6 Monaten). Gesamthaft veranschlagte Dr.med. O._____ für den Zeitraum vom 27. Oktober 2008 bis 11. Dezember 2008 eine Arbeitsfähigkeit von 50%, anschliessend bis 28. Februar 2009 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowie ab 1. März 2009 bis 21. Mai 2009 eine Arbeitsfähigkeit von 50%, welche sich ab 22. Mai 2009 erhöhe bzw. einen erneuten Arbeitsversuch in angepasster Tätigkeit zulasse (IV-act. 48).

2.4 Dr.med. Q._____ (FMH Rheumatologie) stellte in seinem Bericht vom 10. März 2010 an die IV-Stelle folgende Diagnosen (IV-act. 49):

1. Chronisches zervikospondylogenes Syndrom beidseits mit/bei:
 - St.n. Cloward-Spondylodese C5/6 und C6/7 mit Implant-Design-Cage 12/08 (Diskusprothesen) bei zervikoradikulärem Syndrom links
2. Schulter links: St.n. AC-Gelenksresektion, LBS-Tenodese, beide Operationen 2006
3. St.n. CTS-Operationen beidseits
4. Chronisches lumbovertebrales, intermittierend-spondylogenes Syndrom mit/bei
 - mehrsegmentären mässigen degenerativen Veränderungen ohne Nervenwurzelbeeinträchtigung

Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr.med. Q._____ am 10. März 2010 wie folgt (IV-act. 49):

Postoperativ 2008 bestand von Seiten des zervikal operierenden Dr. O._____ eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der multifokalen Beschwerdeproblematik mit Dysthymie Einschluss in unserem ambulanten interdisziplinären Schmerzprogramm (Dr.med. Q._____, Dr.med. S._____, physiotherapeutisch T._____). Ziel war bei der chronischen Schmerzproblematik mit multiplen operativen Eingriffen Erreichen einer Rekonditionierung mit Verbesserung der Belastbarkeit mit dem Ziel einer Reintegration in die berufliche Tätigkeit. Das Programm wurde von der Patientin mit guter Compliance und adäquater Steigerung der Belastbarkeit durchgeführt. Entsprechend konnte das von der Patientin automatisch reduzierte Arbeitspensum in ihrer angestammten Tätigkeit zu 50% weitergeführt werden (kaufmännische Angestellte Garage AC._____). Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit dort war aufgrund der wirtschaftlichen Krise nicht mehr möglich. Die Patientin nahm ab Mitte Juni gleichzeitig einer 30%ige Beschäftigung in einer Zweitstelle im Spital AI._____ an. Somit besteht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit ab 16.6.2010, welche von der Patientin durchgehend beibehalten werden konnte. Die Patientin ist mit dem Arbeitspensum von 80% zufrieden, es bestehen aktuell keine Versicherungsansprüche auf Taggeld oder Versicherungsansprüche an die IV.

2.5 In der Folge verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 24. Mai 2010 einen Anspruch auf eine IV-Rente (IV-act. 53). Dieses Ergebnis hat die Versicherte konkludent akzeptiert, indem sie keine Beschwerde gegen diese Verfügung erhoben hat.

3. In der am 7. März 2016 unterzeichneten und am 8. März 2016 eingegangenen neuen IV-Anmeldung erwähnte die Versicherte folgende gesundheitlichen Probleme (IV-act. 54-6/8):

- Chronische Schmerzen HWS und Rücken, Fibromyalgie
- Andauernde ISG-Blockaden/Ischias-Problematik
- Psychische Überlastung (Burn out), Überforderung im Alltag
- Schmerzmittel-/Medikamentenunverträglichkeit
- Hüftgelenkersatz rechts am 30.12.2015

3.1 Dr.med. Q._____ fasste die Diagnosen in seinem Bericht vom 5. April 2016 wie folgt zusammen (IV-act. 63-1/2):

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)
2. Chronische Beckenschmerzen rechts mit/bei
 - chronischem, lumbosakralem Syndrom rechts mit rezidivierenden ISG-Dysfunktionen
 - St.n. Hüft-TP Dezember 2015 bei Coxarthrose, residuelle Periarthropathie coxae
3. Chronisches cervicospodylogenes Syndrom DD intermittierend radikuläre Reizkomponente mit/bei:

- St.n. Cloward-Spondylodese C5/6 und C7 mit Implantation künstlicher Bandscheiben 12/08 (fecit Dr.med. O. _____)
 - St.n. postoperativ rezidivierend auftretendem, cervikoradikulärem Reizsyndrom bei Verdacht auf Mikroinstabilität (szintigraphische Mehranreicherung) und persistierend foraminaler Stenose C5/6 links (CT)
4. St.n. AC-Gelenkresektion links und St.n. Schulteroperation mit Bicepssehnenentodese 2006
 5. St.n. CTS-Operation bds.

Des Weiteren führte Dr.med. Q. _____ u.a. aus, im Rahmen einer psychosozialen Belastungssituation sei es zu exazerbierenden Schmerzen cervicobrachial und v.a. auch im Beckenbereich gekommen. Neben myofaszial dominierenden Schmerzen cervical und lumbosakral sei auch immer wieder die Hüfte im Vordergrund gewesen, welche zunächst auf eine einmalige Hüftinfiltration (V. _____) im Oktober (2015) sehr gut reagiert habe, aber im Dezember sei die Problematik erneut aufgetreten. Von Seiten Dr.med. V. _____ sei die Einlage einer Hüft-TP erfolgt. Postinterventionell sei zwar der Verlauf von Seiten der Hüften in Ordnung gewesen, die Schmerzproblematik im Beckenbereich, lumbosakral aber auch cervical sei gleich geblieben. Die Versicherte sei von rein coxogener Seite her vom Orthopäden Dr. V. _____ noch bis am 1. Mai 2016 100% arbeitsunfähig geschrieben (IV-act. 63-1/2 unten).

3.2 Auf Zuweisung von Dr.med. Q. _____ nahm PD Dr.med. W. _____ (FAMH Radiologie) am 1. Juni 2016 eine MRT-Abklärung der LWS und ISG vor. Das Ergebnis beurteilte er wie folgt (IV-act. 73-2/2):

Diskusprotrusionen L1-L5 ohne Beeinträchtigung der Nervenwurzeln
 Diskrete Modic Typ I Osteochondrosen L3/4 und L4/5
 Reizzustand der dorsalen Elemente der Segmente L4/5 und L5/S1
 Leichtgradige ISG-Arthrose ohne Reizzustand/ entzündliche Veränderungen.

3.3.1 Das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten der AE. _____ AG wurde von folgenden Fachärzten unterzeichnet: AH. _____ (Facharzt für Orthopädie u. Traumatologie des Bewegungsapparates/ federführend); Dr.med. X. _____ (Facharzt für Allgem. Innere Medizin), Dr.med. Y. _____ (Facharzt für Psychiatrie), Dr.med. Z. _____ (Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation/ Allgem. Innere Medizin und Arbeitsmedizin) sowie von Dr.med. AA. _____ (Mitglied der Geschäftsleitung/ medizinische Verantwortung, vgl. IV-act. 80-27/59).

3.3.2 Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter rezidivierende depressive Störungen, zurzeit als leichte Episode (F33.0) an

(IV-act. 80-18/59 oben). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten die Gutachter (IV-act. 80-18/59 Ziff. 2):

2. Chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Beschwerden
3. Chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom links im Zustand nach Cloward-Spondylodeses C5/6, C6/7 mit Implant Design Cage vom 12.12.2008 mit Pseudoarthrose C6/7
4. Fortbestehende Lumbocoxalgie rechts bei Zustand nach Implantation einer Hüft-Endoprothese mit guter Funktion und guter muskulärer Führung
5. Rezidivierende Arthralgie linke Schulter im Zustand nach zweimaliger Operation und mittelgradiger Instabilität
6. Chronische Gastritis bei chronischem Analgetikakonsum
7. Zustand nach Nasen-Septumplastik 2008

3.3.3 Das zumutbare Belastungs-/ Ressourcenprofil der Versicherten fassten die Gutachter im polydisziplinären Konsens wie folgt zusammen (IV-act. 80-19/59 unten):

Die Versicherte ist in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg durchzuführen. Tätigkeiten in knieender und kauerner Stellung, Tätigkeiten in Zwangshaltung, über Kopf-Arbeiten und ständiger Vorneige sollten vermieden werden. Darüber hinaus sind Tätigkeiten, die ein erhöhtes Mass an Standsicherheit erfordern wie auf Treppen, Leitern und Gerüsten sowie auf unebenem Gelände, zu vermeiden.

Wegen der im Vordergrund stehenden, affektiven Störungen besteht verminderte Belastbarkeit. So ist die Versicherte nicht in der Lage, Schichtarbeit oder Arbeiten mit Publikumsverkehr zu leisten.

(...)

In der bisherigen Tätigkeit beträgt die Arbeitsfähigkeit aktuell 80%, die durch spezifische Massnahmen gebessert werden kann.

(...)

In einer leidensadaptierten Tätigkeit besteht aktuell ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 80%, die durch spezifische Massnahmen gebessert werden kann.

(...)

Retrospektiv wird die Arbeitsfähigkeit von Ende 2015 bis heute auf 80% eingeschätzt.

Aus orthopädischer Sicht ist nach einer ventralen Fusionsoperation mit Diskektomie in 2 Etagen mit einer Arbeitsunfähigkeit von etwa vier Monaten zu rechnen. Die Arthroscopien der Kniegelenke ziehen jeweils für sich genommen eine Arbeitsunfähigkeit von etwa drei bis vier Wochen nach sich. Seitens der Hüft-Endoprothese ist ebenfalls mit einer drei- bis viermonatigen Arbeitsunfähigkeit zu rechnen.

Prognose im polydisziplinären Konsens

Die psychiatrische Behandlung der depressiven Störung steht im Vordergrund, z.B. eine Intensivierung der antidepressiven Medikation sowie die Stärkung des Ver-

trauens in die Selbstwirksamkeit, um insbesondere die körperlichen Symptome zu bewältigen und die Schmerzen zu reduzieren, ohne dass erneut invasive Massnahmen durchgeführt werden müssen. Darüber hinaus erscheint bei schwerer Ausprägung der Depression eine stationäre Behandlung mit intensiver Psychotherapie und körperorientierten Massnahmen angebracht.

Orthopädisch ist mittelfristig mit einer Revisionsoperation der HWS zu rechnen, die jedoch vom klinischen Erscheinungsbild und einer möglichen, neurologischen Wurzelreiz- und/oder Defizitsymptomatik abhängt.

3.4 Nach Erstattung des MEDAS-Gutachtens (vom 5.12.2016) erfolgten wegen einer schmerzhaften Coxarthrose links am 14. sowie am 28. Dezember 2016 Hüftgelenksinfiltrationen links (vgl. IV-act. 82-3/4 und 82-4/4).

3.5 Die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie U._____, welche die Versicherte seit April 2016 behandelt, stellte in ihrem Bericht vom 17. Februar 2017 an die IV-Stelle folgende Diagnosen (IV-act. 85-1/6):

Chronische Schmerzstörung, multilokulär mit somatischen und psychischen Anteilen ICD 10 F45.41

Rezidivierend depressive Störung, aktuell leicht ICD 10 F33.0

Persönlichkeitsstörung kombiniert vorwiegend emotional instabil ICD 10 F61.0

In ihrer Beurteilung führte die behandelnde Psychiaterin aus, es bestehe eine "Mehrfach-Problematik", die sich überlagere. Die Persönlichkeit befinde sich auf keinem Niveau, welches eine ausreichende ICH-Stärke aufweise. Es bestünden wenig psychische Ressourcen und ungünstige Bewältigungsmechanismen. Das Angebot, die Schmerzproblematik anders als somatisch zu erklären, stosse auf grosse Abwehr. Die depressive Symptomatik schwanke. Die auch körperlich begründbaren Schmerzen würden die Versicherte zermürben und destabilisieren. Die zumutbare Arbeitsfähigkeit veranschlagte die behandelnde Psychiaterin auf 50% seit Behandlungsbeginn in einem angepassten Umfeld, wie es beispielsweise die aktuelle 50%-Stelle im Spital AI._____ sei. Bei Pensumerhöhung sei die soziale Teilhabe durch erhöhte Erschöpfbarkeit nicht mehr gewährleistet und es sei dann mit einer Symptomverschlechterung zu rechnen (IV-act. 85-2f./6).

3.6 Am 21. April 2017 nahmen die von der IV-Stelle aufgeförderten MEDAS-Gutachter zu den neu eingereichten Befundberichten Stellung und beurteilten die im Dezember 2016 vorgenommenen Hüftgelenksinfiltrationen als nicht angemessen. Vielmehr sollten zunächst andere konservative Behandlungsmethoden im Vordergrund stehen. Der Unmut des früher behandelnden Psychiaters Dr.med. AB._____, wonach sich die Versicherte erneut einer Hüftintervention unterzogen habe, obwohl der Psychiater die Schmerzen psychogen beurteilt habe, könne nachvollzogen werden. Aus orthopädischer Sicht würden die neuen Berichte keine veränderte Einschätzung zum MEDAS-Gutachten ergeben (zur wei-

teren Beurteilung der psychisch bedingten Einschränkungen siehe nachfolgend, Erwägung 4.5.6).

3.7 Wegen zunehmenden Hüftschmerzen wurde die Versicherte am 19. April 2017 von Dr.med. V. _____ im Spital AI. _____ operiert (zementfreie Hüft-TP links, vgl. IV-act. 90).

3.8 In einem Bericht vom 12. Dezember 2017 präzisierte die behandelnde Psychiaterin U. _____ die im Bericht vom 17. Februar 2017 angeführten Diagnosen wie folgt (IV-act. 104-1/2):

Chronifizierte Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD 10 F45.41)

Rezidivierend depressive Störung, aktuell leichtgradig (ICD 10 F33.8)

Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und zwanghaften Anteilen (ICD 10 F61)

Des Weiteren ergänzte die behandelnde Psychiaterin u.a., auf Symptomebene sei das Zustandsbild stets affektiv schwankend. Die chronifizierte Schmerzsymptomatik multilokulär sei dauerhaft vorhanden mit Schmerzspitzen bei Belastungen. Es bestünden Einschlaf- und Durchschlafstörungen, eine Tagesmüdigkeit, Fatigue und schnelle psychophysische Erschöpfbarkeit. Die psychische Situation schwanke auch durch die Persönlichkeitsproblematik (zwanghaft, emotional instabil). Die Komorbiditäten würden sich gegenseitig verstärken. Die Versicherte arbeite nach wie vor zu 50% im Spital AI. _____ (administrative Aufgaben). Nach Erfüllung des Pensums nehme die Leistungsfähigkeit ab, sie brauche Erholungszeit. In der Vergangenheit seien etliche Umstellungen der Psychopharmaka/ Schmerzmittel ohne grossen Erfolg durchgeführt worden.

3.9 Dr.med. V. _____, welcher die Versicherte am 19. April 2017 an der linken Hüfte operiert hatte, schilderte den weiteren Verlauf dahingehend, dass die Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht ab 1. August 2017 wieder uneingeschränkt gegeben war (IV-act. 106-1/2 unten). Bei der Verlaufskontrolle 6 Monate nach der Operation vermerkte Dr.med. V. _____ noch teilweise wechselnde Beschwerden im Leistenbereich und dass die Versicherte seit August wieder reite. Bei der Kontrolle vom 28. November 2017 führte dieser Arzt aus, seit einem Monat bestünden Beschwerden im Hüftbereich rechts und seit wenigen Tagen auch im Lumbalbereich. Die Versicherte habe einen Fersenkeil rechts von 1 cm, was helfe; wenn sie ihn herausnehme, würden links wieder Probleme auftreten. Bei der Kontrolle vom 22. Dezember 2017 schilderte Dr.med. V. _____ Beschwerden am Oberschenkel rechts lateral v.a. beim Treppengehen bzw. beim Bergaufgehen; Beschwerden würden auch beim Liegen auf der rechten Seite bestehen (IV-at. 106-2/2).

4. Eine gerichtliche Würdigung der vorliegenden Angaben und Unterlagen zeigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

4.1 Die Parteien sind sich einig, dass die Versicherte ungeachtet ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit aufweist. Streitig ist insbesondere das Ausmass dieser zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Während die Vorinstanz gestützt auf das vorliegende MEDAS-Gutachten von einer Arbeitsfähigkeit von 80% ausgeht, macht die Beschwerdeführerin gestützt auf die Einschätzung ihrer behandelnden Psychiaterin U._____ eine verbliebene Arbeitsfähigkeit von maximal 50% geltend (vgl. Beschwerde S. 15, Ziff. 67).

4.2.1 Einigkeit besteht sodann grundsätzlich hinsichtlich der Fragestellung, ob somatische oder psychische Aspekte die Arbeitsfähigkeit der Versicherten massgeblich bzw. in einem IV-relevanten Ausmass limitieren. Aus den medizinischen Akten sind zwar somatische Befunde zu entnehmen, welche den HWS-, den (linken) Schulter- sowie den Hüftbereich (beidseits) betreffen und insofern auch Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben, als beispielsweise das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, oder Tätigkeiten in kauender Stellung, auf Treppen oder Leitern/ Gerüsten sowie Über-Kopf-Arbeiten etc. ungünstig sind und deswegen ausscheiden (IV-act. 80-18/59 Ziff. 2 i.V.m. IV-act. 80-19/59 unten). Indessen begründen diese somatischen Befunde grundsätzlich keine relevante Beeinträchtigung für entsprechend angepasste leichtere Tätigkeiten wie die aktuelle Arbeit im Ärztesekretariat eines Spitals. Dafür spricht namentlich, dass die Beschwerdeführerin vor Gericht ihre Einschränkungen ausschliesslich mit den Angaben und der Einschätzung ihrer Psychiaterin untermauert und sich nicht auf eine Arbeitsunfähigkeit infolge operativer Eingriffe beruft. Im Einklang damit steht im Übrigen auch, dass die Versicherte im 4. Monat nach der letzten Operation (Hüft-Totalendoprothese vom 19.4.2017) wieder in der Lage war, zu reiten (vgl. IV-act. 106-2/2: "Patientin reitet schon seit August wieder"). Zudem wurde im vorliegenden MEDAS-Gutachten ausdrücklich betont, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten ab Ende 2015 "aus psychiatrischer Sicht um 20% eingeschränkt angesehen" werde (IV-act. 80-26/59; vgl. auch IV-act. 80-20/59).

4.2.2 Bei dieser Sachlage verhält es sich so, dass die Versicherte jedenfalls in somatischer Hinsicht grundsätzlich hinreichend abgeklärt worden ist und diesbezüglich kein Anlass besteht, zur Evaluation der zumutbaren Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit (namentlich im kaufmännischen Sektor) weitere Abklärungen zu treffen bzw. ein Obergutachten einzuholen. Daran vermag ferner auch der Hinweis der behandelnden Psychiaterin im nach dem Erlass der ange-

fochtenen Verfügung (vom 23.3.2018) am 25. April 2018 erstatteten Bericht, wonach die Versicherte seit anfangs 2018 stärkere Schmerzen im Rückenbereich (v.a. LWS) habe, grundsätzlich nichts zu ändern, zumal in der Beschwerde vom 3. Mai 2018 sowie in der Eingabe vom 4. Juli 2018 nicht geltend gemacht wird, solche Rückenschmerzen würden die bisherige Tätigkeit im Ärztesekretariat des Spitals Al. _____ (zwischenzeitlich) massgeblich einschränken.

4.3.1 Bei der psychiatrischen Beurteilung fällt zunächst ins Gewicht, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem medizinischen Sachverständigen deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (vgl. Urteil 9C_550/2016 vom 30.12.2016, Erw. 4.2.1 mit Hinweisen). Es stellt sich damit die Frage, ob und gegebenenfalls inwieweit die Divergenzen zwischen der behandelnden Psychiaterin (Arbeitsfähigkeit von 50%) und dem begutachtenden Psychiater (Arbeitsfähigkeit von 80%) dem Beurteilungsspielraum des psychiatrischen Gutachters zuzuordnen sind.

4.3.2 Wie in der Beschwerde zutreffend darauf hingewiesen wurde, hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung zur Beurteilung von Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis im Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 (BGE 143 V 418) dahingehend geändert, dass auch diesbezüglich grundsätzlich das strukturierte Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zur Anwendung kommt. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Störungen definiert das für somatoforme Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 Erw. 2, 3.4 - 3.6 und 4.1). Das strukturierte Beweisverfahren bleibt entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 Erw. 4.5 S. 415).

4.3.3 Das vorliegende MEDAS-Gutachten vom 5. Dezember 2016 ist in Unkenntnis der später geänderten Rechtsprechung des Bundesgerichts verfasst worden. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung verlieren jedoch nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen

spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 v 281 Erw. 8; Urteil 9C_45/2017 v. 7.2.2018 Erw. 4.2).

4.4 Der MEDAS-Psychiater (Dr.med. Y. _____, Facharzt für Psychiatrie) gliederte sein Gutachten wie folgt (IV-act. 80-46ff./59):

1. Ausgangssituation (Problemstellung)
2. Anamnese
 - 2.1 Subjektive Angaben der versicherten Person
 - Jetziges Leiden, Einschränkung auf die Alltagsbewältigung
 - Detaillierter Tagesablauf und Freizeitgestaltung
 - Krankheitsentwicklung
 - Aktuelle Behandlung
 - Aktuelle Medikation
 - 2.2 Familienanamnese
 - 2.3 Persönliche Anamnese
 - 2.4 Biographische und Sozialanamnese
 - 2.5 Berufsanamnese
 - Beruflicher Werdegang
 - Aktuelle Arbeitsanamnese
 - Subjektive Angaben der versicherten Person zu den konkreten krankheitsbedingten Einschränkungen am letzten Arbeitsplatz
 - Selbsteinschätzung der versicherten Person in Bezug auf Krankheitskonzept, Arbeitsfähigkeit und Wiedereingliederung
 - 2.6 Fremdanamnese
3. Psychiatrischer Befund
 - Allgemeines
 - Erscheinen
 - Äusseres
 - Kontaktverhalten
 - Aufmerksamkeit und Konzentration
 - Orientierung
 - Denken, Sprache, Sprechen und Wahrnehmung
 - Gedächtnis
 - Ich-Bewusstsein
 - Intelligenz
 - Willen und Antrieb
 - Psychomotorik
 - Affektivität
 - Zwänge und Phobien
 - Persönlichkeit
 - Realitätsorientierung
 - Motivation
 - Grundbedürfnisse
4. Psychiatrische Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)
Psychiatrische Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

5. Epikrise und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Fachgebiet Psychiatrie
 - Diagnose nach Klassifikation (z.B. ICD-10) und deren Herleitung, auch anhand der diagnoseinhärenten Schweregrade der Befunde
 - Ausschluss einer Invalidität bei Aggravation oder ähnlichen, allenfalls (bei verselbständigten Gesundheitsschädigungen) Bereinigung im Umfang der Aggravation
 - A. Kategorie "funktioneller Schweregrade"
 - B. Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens)
 - Belastungsprofil
 - Quintessenz für die Interdisziplinäre Begutachtung
 - Würdigung der Akten
 - Retrospektiver Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit
 - Retrospektiver Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit
 - Prognose

4.5 Bei der Prüfung der Angaben des begutachtenden Psychiaters fallen unter anderem namentlich die nachfolgend aufgeführten Aspekte auf.

4.5.1 Der ursprünglich von der Versicherten ab Januar 2009 konsultierte Psychiater Dr. AJ. _____ erwähnte in einem Bericht vom 6. Dezember 2015 an den Krankenversicherer (= UV-act. 3-10f./11), dass aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne, was im Gutachten unter Ausgangssituation angeführt wurde (IV-act. 80-46/59, Ziff. 1).

4.5.2 Hinsichtlich subjektiver Angaben ist vorab zu erwähnen, dass der Beginn der psychiatrischen Behandlung im Zeitraum erfolgte, als sich der Ehemann wegen einer anderen Frau von der Versicherten trennte (vgl. IV-act. 80-47/59: "Er habe sie quasi vor die Tür gesetzt, und eine Welt sei für sie zusammengebrochen. Sie habe die gemeinsame Wohnung mit dem sechsjährigen Kind verlassen müssen, habe unter Geldnot gelitten, habe ihre Pferde irgendwo unterbringen müssen... Seit dieser Zeit gehe sie regelmässig zum Psychiater...").

4.5.3 Des Weiteren schilderte die Versicherte dem begutachtenden Psychiater unter anderem (IV-act. 80-47f./59):

- dass nach langer Einsamkeit sie vor zwei Jahren wieder eine neue Beziehung begonnen habe, diese Beziehung anfangs sehr schwierig gewesen sei, da sich ihr aktueller Partner von seiner Frau trennen musste ("es sei immer hin und her gegangen, was sie stark belastet habe. Dann habe die Ex-Frau versucht, ihr Schwierigkeiten zu machen...");
- dass sie sich von den Ärzten nicht mehr ernst genommen gefühlt habe und im Frühjahr 2016 den Psychiater gewechselt habe;
- dass sie morgens um 07.00 Uhr aufstehe, matt und traurig sei, zunächst mit den Hunden bis zu einer Stunde spazieren gehe, nach dem Duschen/ Frühstück sich um den Haushalt kümmerge ("Sie müsse sich in der Wohnung um alles kümmern, putze, wasche und räume auf"), um 11.30 Uhr nochmals

mit den Hunden spazieren gehe, um 13.00 Uhr mit der Arbeit im Spitalbüro beginne (Anfragen bearbeiten und Akten archivieren, was sie sehr anstrenge), zwischen 17.30 Uhr und 18.00 Uhr heimkomme und wieder mit den Hunden spazieren gehe, um 19.00 Uhr mit dem Partner das Nachessen einnehme (was ihr sehr wichtig sei, "sie habe immer wieder extreme Verlustängste gehabt, die jetzt ein wenig besser geworden seien") und gegen 22.30 Uhr zu Bett gehe;

- dass ihr Partner sehr viel Sport betreibe, während sie lieber zu Hause bleibe;
- dass sie wenig Kontakte zu Kollegen habe;
- dass sie in diesem Jahr mit dem Partner Ferien in Spanien und in der Toskana verbracht habe;
- dass sie beruflich anhaltend überlastet sei;
- dass sie zum Einkaufen und auch zu Behörden gehe, weil sie dies müsse, indes falle ihr alles sehr schwer;
- dass sie auch Auto fahre (zur Untersuchung sei sie mit dem Auto angereist, eine einfache Strecke habe 1 Stunde und 50 Minuten betragen);
- dass es ihr in den letzten zwei Jahren immer schlechter gegangen sei;
- dass sie unter immer neuen Problemen leide, obwohl der Terror durch die Ex-Frau aktuell etwas abgeklungen sei;
- dass sie ihren Job [Garage AC. _____] verloren und starke körperliche Schmerzen habe;
- dass sie seit ca. 10 Jahren zweimal pro Woche zur Physiotherapie und alle zwei Wochen zur Psychiaterin gehe, zu welcher sie grosses Vertrauen habe;
- dass die Medikation seit Jahren Trittico für die Nacht umfasse und täglich Rebalance 500mg sowie Voltaren 2x75 mg und ein Mittel gegen Magengeschwüre (andere Mittel gegen Depressionen hätten nichts geholfen);
- dass sie keine Suchtstoffe konsumiere;
- und dass sie in ihrer Familie das jüngste, unerwünschte dritte Kind gewesen sei; als sie 3-jährig gewesen sei, habe die Mutter die Familie verlassen.

4.5.4 Was die psychiatrischen Befunde anbelangt, hielt der Gutachter u.a. fest, dass die Versicherte kooperativ, pünktlich, im Kontaktverhalten zunächst etwas zurückhaltend sowie während des ganzen Explorationsgesprächs (75 Minuten) aufmerksam und konzentriert war. Hinweise für Aggravationen oder Simulation waren nicht feststellbar, auch nicht Anhaltspunkte für inhaltliche und formale Denkstörungen, für Wortfindungsstörungen und für Gedächtnisprobleme (etc.). Problemlösendes Denken und Handeln wirkten gemäss Gutachter als intakt, hingegen wurde der Antrieb als merklich gemindert beurteilt ("sie schildert eine anhaltende Mattigkeit und Energielosigkeit"). Immer wieder komme es zu Affektlabilität mit Weinerlichkeit, den ernsten Gesamteindruck verstärkend. Die Stimmung sei zum depressiven Pol gerückt; sie wirke anhaltend traurig, die Stimmung sei gedrückt, die emotionale Resonanz sei merklich eingeschränkt, sie wirke affekt-labil und weinerlich, hingegen wurde eine akute Suizidalität verneint. Zwänge von Phobien wurden nicht geschildert. In der Primärpersönlichkeit wirke die Versi-

cherte empfindsam und ängstlich. Eine Persönlichkeitsstörung nach ICD 10 lasse sich nicht diagnostizieren. Die Frustrationstoleranz und die Impulskontrolle würden ausreichend intakt erscheinen. Die Versicherte habe unter den anhaltenden Schmerzen und der Unruhe eine Dyssomnie, eine Libidominderung sowie ein Morgentief geschildert, wobei Stimmung und Antrieb in der zweiten Tageshälfte etwas besser werde.

4.5.5 In seiner Beurteilung führte der begutachtende Psychiater unter anderem aus:

(...) Aktuell deutet der psychopathologische Befund auf eine leichtgradige, rezidivierende depressive Störung mit Antriebsminderung und deutlichen Stimmungsschwankungen mit Morgentief hin. Hinweise für Aggravation oder Simulation haben sich während der psychiatrischen Untersuchung nicht ergeben. Durch die depressive Symptomatik mit erhöhter Vulnerabilität und eingeschränkter Belastbarkeit ist die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Die Ausprägung der Depression ist aktuell leicht- bis höchstens mittelgradig, und schränkt die Fähigkeiten im Beruf und Alltag nur wenig ein. Die Versicherte geht weiterhin ambulant zur Psychiaterin, was sie stabilisiere.

Die derzeitige Behandlung mit 500 mg Johanniskrautextrakt und Trazodon 50 mg zur Nacht erscheint aber hinsichtlich der depressiven Symptomatik nicht ausreichend.

Die Versicherte bemüht sich, ihr derzeitiges Aktivitätsniveau zu halten und die beruflichen Belastungen zu bewältigen. Neben der chronischen Schmerzstörung mit psychischen und körperlichen Beschwerden besteht eine relevante psychiatrische Komorbidität in Form von rezidivierenden depressiven Störungen. In der Persönlichkeit fällt eine gewisse Dünnhäutigkeit und Empfindsamkeit auf, was sich subjektiv in einer gewissen Abhängigkeit vom Partner und in sogenannten Verlustängsten äussert. Eine Persönlichkeitsstörung selbst kann aber nicht diagnostiziert werden. Das stabile Verhältnis zum Partner sowie die Beschäftigung mit den beiden Hunden werden als Hauptressource angegeben.

Im sozialen Kontakt fällt eine gewisse Rückzugstendenz auf. Die Kontakte zur als lieblos empfundenen Mutter sind selten und belastend, auch zur Tochter habe sie regelmässigen, aber relativ seltenen Kontakt, so dass sie daraus wenig Hilfe und Unterstützung ableiten kann. Es besteht eine diskrepante Einschränkung des Aktivitätsniveaus, im familiären Rahmen kann sie die allfälligen Anforderungen gut bewältigen, während sie im beruflichen Umfeld merkliche Einschränkungen berichtet. Somit erscheinen die Beschwerden inkonsistent. Die regelmässigen Konsultationen der Psychiaterin und ihre Bemühungen, sich körperlich zu aktivieren und die Schmerzen damit zu lindern, deuten auf einen mässigen Leidensdruck hin.

(...)

Insgesamt gelangte der begutachtende Psychiater zum Ergebnis, wonach eine depressive Störung mit aktuell leichtgradiger Ausprägung, anamnestisch auch mittelgradig. Die antidepressive Medikation deute auf einen mässigen Leidensdruck hin, da die Versicherte eine leichte, nebenwirkungsarme Medikation bevorzuge und nicht bereit sei, zur Symptombesserung Nebenwirkungen zu ertragen. Im Vordergrund stünden affektive Störungen und die verminderte Belastbarkeit.

Die Versicherte leide unter einem Schmerzsyndrom, unter einer relevanten affektiven Störung mit immer wiederkehrender Traurigkeit, Antriebsminderung und Interessenlosigkeit sowie vielen körperlichen Beschwerden. Angesichts des psychopathologischen Befunds sei die Arbeitsfähigkeit auf 80% zu veranschlagen (IV-act. 80-55/59).

4.5.6 Der Argumentation der behandelnden Psychiaterin, wonach neben den bekannten Depressionen emotional instabile Persönlichkeitsmerkmale im Vordergrund stünden, die den Alltag der Versicherten erschweren und dadurch zu starken Stimmungsschwankungen, somatischen Belastungsreaktionen und Verstimmungen führen würden, hielten die MEDAS-Gutachter in einer zusätzlichen Stellungnahme vom 21. April 2017 entgegen, dass die Versicherte ihre alltäglichen Pflichten durchführen könne. Die Arbeit selbst stelle einen stabilisierenden Faktor dar und sei letztlich auch eine Ressource, um die emotionale Instabilität zu lindern. Der subjektive Leidensdruck sei beim aktuellen Untersuchungsbefund vorhanden gewesen, jedoch würden sich keine Hinweise für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung oder einer intensiveren Pharmakotherapie oder einer speziellen dialektisch behavioralen Therapie ergeben. Offenbar sei auch keine derartige Augmentation der Behandlung geplant, so dass an einer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 80% festgehalten werde (IV-act. 88).

4.6 Im Lichte all dieser Ausführungen ist im Einklang mit der Argumentation der Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (S. 3) festzuhalten, dass der erwähnten Indikatorenrechtsprechung des Bundesgerichts hinreichend Rechnung getragen wurde. Im Rahmen der Begutachtung erfolgten ausführliche Angaben zum Gesundheitsschaden und eine Berücksichtigung von Komorbiditäten (psychiatrische Komorbidität in Form einer rezidivierenden depressiven Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, daneben eine somatoforme Schmerzstörung). Es liegt eine Beurteilung der Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde vor. Namentlich wurde der soziale Kontext (Kontakte zu Arbeitskolleginnen und Partner intakt, zu Mutter und Tochter selten) berücksichtigt. Was die Frage hinsichtlich Ressourcen anbelangt, steht gemäss Gutachter die stabile Beziehung zu ihrem Partner im Vordergrund (vgl. IV-80-55/59 oben). Hinzu kommt die regelmässige und ausgiebige Beschäftigung mit Tieren (vgl. den oben geschilderten Alltagsverlauf; siehe aber auch die Feststellung der behandelnden Psychiaterin: "Patientin findet eine Ressource bei Tieren", siehe IV-act. 85-2/6 = Bericht vom 17.2.2017; siehe zusätzlich auch IV-act. 106-2/2, wonach gemäss Vermerk von Dr.med. V. _____ vom 10. Oktober 2017: "Patientin reitet schon seit August wieder"). In diesem Zusammenhang fällt auf, dass die Beschwerdeführerin gegenüber dem begutachtenden Psychiater ihre Beschäftigung mit Reiten verschwiegen hat

(auch beispielsweise nicht geltend gemacht, dass sie den früher ausgeübten Reitsport aufgegeben habe), hingegen gegenüber dem Operateur Dr.med. V._____ das wieder aufgenommene Reiten erwähnt hat. Sodann wurde eine Konsistenzprüfung vorgenommen. Diesbezüglich und zu den weiteren Aspekten kann auf die Ausführungen der Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (S. 3) verwiesen werden, welchen uneingeschränkt beizupflichten ist.

4.7 Soweit in der Beschwerdeschrift (S. 12) auf den von der behandelnden Psychiaterin eingereichten ADP-Fragebogen mit Auswertung verwiesen wird, hat die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (S. 2) überzeugend dargelegt, dass es sich dabei um ein selbstbeurteilendes Testverfahren handelt, welches sich nicht für eine Begutachtung mit versicherungspsychiatrischer Fragestellung eignet. In diesem Sinne widerspiegeln die Testergebnisse lediglich das Bild, welches die Explorandin von sich selbst hat. Daraus, dass sich diese Selbstbeurteilung nicht mit der Fremdbeurteilung durch eine unabhängige Fachperson deckt, kann die Beschwerdeführerin hier nichts zu ihren Gunsten ableiten. Richtig ist auch der Einwand der Vorinstanz, wonach im Übrigen die Rechtsprechung solchen Tests höchstens ergänzende Funktion zubilligt, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend bleibt (vgl. Urteil 9C_566/2013 vom 23.9.2013 Erw. 3 in fine mit weiteren Hinweisen).

4.8 Hinzu kommt, dass bei Divergenzen hinsichtlich des Ausmasses einer an sich anerkannten (gewissen) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 Erw. 4, S. 175) nicht zulässt, ein MEDAS-Gutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (vgl. Urteil 8C_909/2017 vom 26.6.2018 Erw. 9). Dies gilt erst recht, wenn der erstbehandelnde Psychiater für die diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht explizit verneint hat (vgl. UV-act. 3-10f./11 und dabei der Versicherten empfohlen hat, "sich von einem weiteren Abklärungs- und Behandlungscrescendo" zu verabschieden), worauf die Versicherte den Psychiater gewechselt und eine Fachperson gesucht hat, welche ihr im Ergebnis einen - trotz regelmässigen Konsultationen und entsprechender therapeutischer Behandlung - anhaltend höheren Arbeitsunfähigkeitsgrad bescheinigt.

4.9 Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das vorliegende MEDAS-Gutachten abgestellt hat. Das Gutachten beruht auf den Vorakten und einer umfassenden polydisziplinären Abklärung, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und begründet die darin enthaltenen Schlussfolgerungen. Aus den weiteren medizinischen Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die medizinischen Gutachter relevante funktionelle Einschränkungen übersehen hätten. Eine weitere Begutachtung ist nicht erforderlich. Daran vermögen die weiteren Vorbringen in der Beschwerde nichts zu ändern. Unbehelflich ist namentlich auch der Einwand der Beschwerdeführerin, die Schmerzsymptomatik sei chronisch sowie austherapiert und stehe in ungünstiger Wechselwirkung zur Depression (bei einer Persönlichkeitsstörung).

5. Streitig sind im Weiteren die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen. Soweit die Beschwerdeführerin sinngemäss einwendet, dass sie im kaufmännischen Sektor nur über eine Anlehre verfüge und deswegen beim Tabellenlohn auf einen tieferen Wert abzustellen sei, als in der angefochtenen Verfügung berücksichtigt wurde, ist ihr entgegenzuhalten, dass sie nach der Aktenlage seit vielen Jahren im kaufmännischen Bereich erwerbstätig ist, weshalb die vorinstanzliche Vorgehensweise nicht zu beanstanden ist. Beizupflichten ist auch der überzeugenden Argumentation in der Vernehmlassung (Ziffer 4), wonach das Alter der Versicherten und die Teilzeittätigkeit hier bei der Ermittlung des massgebenden Invalideneinkommens keinen leidensbedingten Abzug zu begründen vermögen. Soweit schliesslich die psychisch bedingte verminderte Belastbarkeit zu einer Herabsetzung des zumutbaren Arbeitsfähigkeitsgrades führte, kann dieser Aspekt nicht nochmals bei der Prüfung eines leidensbedingten Abzuges berücksichtigt werden. Und selbst wenn - entgegen den vorstehenden Erwägungen, an welchen weiterhin festzuhalten ist - ein gewisser leidensbedingter Abzug (aus welchen Gründen auch immer) zugestanden würde, bliebe es dabei, dass ein rentenbegründender IV-Grad von mindestens 40% nicht erreicht würde.

6. Aus all diesen Gründen gibt das vorinstanzliche Ergebnis, wonach weiterhin kein Anspruch auf eine IV-Rente besteht, entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin keinen Anlass zur Beanstandung. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen wird. Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten der Beschwerdeführerin auferlegt. Eine Parteientschädigung fällt ausser Betracht.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

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

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

Schwyz, 23. Oktober 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

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

Versand: 25. Oktober 2018