



Fall-Nr.: IV 2018/80
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 30.06.2020
Entscheiddatum: 24.02.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 24.02.2020

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Abstellen auf zeitlich limitierte Arbeitsunfähigkeitseinschätzung in MEDAS-Gutachten während Gewichtsreduktion bei u.a. metabolischem Syndrom und Niereninsuffizienz. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Februar 2020, IV 2018/80).

Entscheid vom 24. Februar 2020

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt

Geschäftsnr.

IV 2018/80

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Christos Antoniadis, Antoniadis Advokaturbüro,
Badenerstrasse 89, 8004 Zürich,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 1. Oktober 2012 wegen einer "Verletzung an der Wirbelsäule" nach einem Unfall vom 26. Mai 2012 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an (IV-act. 1). Sie war 2007 in die Schweiz eingereist und seither meist über die B.____ temporär arbeitstätig (IV-act. 1, 24 und 88). Zum Unfallzeitpunkt bezog sie Arbeitslosenentschädigung und war dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert (Fremdakten 1-195). Aufgrund der Unfallfolgen bestand zunächst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Fremdakten 5-46). Vom 20. September bis 31. Oktober 2012 befand sie sich zur arbeitsorientierten Rehabilitation in der Klinik Bellikon. Dem diesbezüglichen Austrittsbericht sind die Diagnosen Unfall vom 26. Mai 2012: PW-Heckaufprall, Anpassungsstörung mit vorwiegend psychotraumatologischer Symptomatik, chronische Niereninsuffizienz Stadium II bei IgA-Nephropathie, arterielle Hypertonie medikamentös behandelt sowie Adipositas zu entnehmen (IV-act. 20-1). Die arbeitsrelevanten Probleme waren zum Zeitpunkt des Austritts noch Nackenbeschwerden sowie Kopfschmerzen, wobei die Beschwerden den berichtenden Ärzten zufolge durch eine mässige Symptomausweitung überlagert würden (IV-act. 20-4). Sie attestierten der Versicherten für ihre berufliche Tätigkeit sowie für leichte bis mittelschwere Arbeit aus unfallkausaler Sicht ab dem 12. November 2012 noch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit mit sukzessiver Steigerung auf eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit Ende 2012 (IV-act. 20-2). Die Versicherte wurde jedoch in der Folge von den behandelnden Ärzten über den 31. Dezember 2012 hinaus zu 50% krankgeschrieben und die Suva richtete weiterhin ein 50%iges Taggeld aus (vgl.



Fremdakten 7-294 und 7-370; zur Leistungseinstellung mangels Adäquanz per 22. Juli 2013 seitens Suva vgl. die Verfügung vom 19. Juli 2013; Fremdakten 7-381 sowie den Einspracheentscheid vom 11. Oktober 2013; Fremdakten 11).

A.b. Am 13. Mai 2013 führte eine IV-Eingliederungsberaterin mit der Versicherten ein Assessment durch, welches das Ziel der Begleitung bei der Stellensuche ergab (IV-act. 34 und 35). Da jedoch noch medizinische Behandlungsmassnahmen im Vordergrund standen, teilte die zuständige IV-Stelle St. Gallen der Versicherten am 2. Juli 2013 mit, dass zurzeit aufgrund ihres Gesundheitszustandes keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 40). Die Versicherte wurde in der Folge am 30. August 2013 bei der Diagnose eines therapieresistenten zervikovertebrogenen- und zervikobrachialen Schmerzsyndroms rechts bei medianer paramedianer Diskushernie C5/6 in der Klinik C.____ von Dr. med. D.____, Facharzt für Neurochirurgie, operiert (mikrochirurgische vordere Diskektomie und Einsetzen einer Bandscheibenprothese C5/6) und für mindestens vier Wochen vollständig arbeitsunfähig geschrieben (IV-act. 49). Ab Dezember 2013 attestierte Dr. D.____ der Versicherten für eine leichtere Tätigkeit noch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 52 für Dezember 2013, IV-act. 56 für Januar 2014, IV-act. 63 für Februar 2014). Am 21. Januar 2014 fand ein zweites Assessment mit der IV-Eingliederungsberaterin statt (IV-act. 60) und am 25. Februar 2014 ein weiteres Gespräch, anlässlich welchem die Versicherte erwähnte, dass sie eine selbständige Erwerbstätigkeit als Tagesmutter/ Pflegemutter anstrebe (IV-act. 62). Gestützt hierauf teilte ihr die IV-Stelle am 28. März 2014 mit, dass ihr Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen abgewiesen werde (IV-act. 66).

A.c. Mit Vorbescheid vom 30. April 2014 stellte die IV-Stelle der Versicherten unter Bezugnahme auf die Einschätzung des zuständigen Arztes vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 23. Mai 2013 (vgl. IV-act. 67-1 in Verbindung mit IV-act. 36-2) in Aussicht, ihren Rentenanspruch zu verneinen. Aus medizinischer Sicht habe bereits ab Dezember 2012 wieder eine Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten bestanden, welche nur durch die Operation unterbrochen worden sei (IV-act. 69). Die Versicherte ersuchte mit Einwand vom 30. Mai 2014 durch ihren Rechtsanwalt um Anordnung eines medizinischen Gutachtens und präzisierte, dass sie aus gesundheitlichen Gründen nur im Rahmen eines 50%igen Pensums als Tagesmutter tätig sein werde.



Bei Ganztagesarbeit habe sie Nacken- und Armschmerzen beidseits (IV-act. 74 unter Hinweis auf IV-act. 56). In der Folge ersuchte die IV-Stelle den behandelnden Arzt Dr. D. ___ am 3. Juli 2014 (IV-act. 75), am 7. August 2014 (IV-act. 76), am 3. September 2014 (IV-act. 77), am 26. November 2014 (IV-act. 78), am 17. April 2015 (IV-act. 83), am 18. Mai 2015 (IV-act. 84) und am 7. März 2016 (IV-act. 93) um Zustellung eines aktuellen Arztberichtes. Dieser ging am 22. März 2016 bei der IV-Stelle ein und nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Status nach Auffahrunfall, schmerzbedingte Depression, lumbovertebrogenes Schmerzsyndrom seit fünf Jahren mit Exazerbationen und Remissionen, Status nach fraktionierter periduraler Infiltration auf Höhe C3/C4, C4/C5, C5/C6 und C6/C7 vom 15. bis 22. März 2013, Status nach mikrochirurgischer vorderer Diskektomie und Einsetzen einer Bandscheibenprothese C5/C6, Exazerbation der lumbovertebrogenen Schmerzsymptomatik im April 2015 und Auftreten von Lumboischialgie links bei paramedianer DH L5/S1 links und medianer DH L4/L5 sowie Spondylarthrose L3/L4, L4/L5 und L5/S1, Status nach fraktionierter, periduraler Infiltration auf Höhe C3/C4, C4/C5, C5/C6 und C6/C7 vom 21. bis 25. Februar 2015 bei Exazerbation der zervikovertebrogenen Schmerzsymptomatik, Status nach mikrochirurgischer Diskektomie L5/S1 beidseits und L4/L5 rechts am 5. Mai 2015, arterielle Hypertonie seit April 2009, chronische Niereninsuffizienz Stadium II bei Immunglobulin A-Nephropathie, sekundärer Hyperparathyroidismus mit zusätzlicher Hypovitaminose D3, Adipositas, Allergien auf AC-Hemmer, Katzenhaarallergie und Diabetes Mellitus Typ II medikamentös behandelt (IV-act. 97-1). Der Neurochirurg beurteilte die Versicherte als für eine leichtere Tätigkeit teilweise stehend, gehend und sitzend ohne Überkopfarbeit 50% arbeitsfähig (IV-act. 97-4). Die IV-Stelle nahm in der Folge auch die weiteren die Versicherte betreffenden medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte zu den Akten (IV-act. 102, 109 bis 112, 120, 123 sowie 126). Zwischenzeitlich hatte die Versicherte der IV-Stelle am 1. März 2016 mitteilen lassen, dass sie nicht mehr als Tagesmutter tätig sei (IV-act. 89-2).

A.d. Im April 2017 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle (IV-act. 131 und 135) von der PMEDA Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen (nachfolgend: PMEDA) in den Disziplinen Allgemeine/Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie und Neuropsychologie abgeklärt (IV-act. 140). Die Gutachter diagnostizierten am 7. Juli 2017 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein metabolisches Syndrom (arterielle



Hypertonie, Adipositas Grad 2, Diabetes mellitus Typ 2), eine chronische Niereninsuffizienz KIDGO Stadium G2 A3 bei IgA-Nephropathie, einen Zustand nach mikrochirurgischer vorderer Diskektomie und Einsetzen einer Bandscheibenprothese HWK 5 auf 6 in 2013 sowie einen Zustand nach mikrochirurgischer Diskektomie LWK 5 auf Os sacrum und LWK 4 auf 5 im Mai 2015 (IV-act. 142-55; zu den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit siehe dasselbe Actorum). Sie kamen zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der zuletzt ausgeübten sowie jeder vergleichbaren Tätigkeit, zumindest in einer anderen, körperlich überwiegend leichten, wechselbelastend und mehrheitlich sitzend ausgeübten Tätigkeit, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dauerhaft limitiert sei. Das bestehende metabolische Syndrom (Hypertonie, Diabetes mellitus, erhebliche Adipositas) bedinge zusammen mit der im Begutachtungszeitpunkt kompensierten Niereninsuffizienz eine reduzierte körperliche Belastbarkeit, sodass körperlich schwere Arbeiten auf Dauer ausschieden. Mittels einer Gewichtsreduktion seien das metabolische Syndrom besserbar und die Arbeitsfähigkeit stabilisierbar; hierfür sollte ein Zeitraum bis Ende 2017 eingeräumt werden. Die derzeitige Arbeitsfähigkeit sei zeitlich limitiert bis Ende 2017 mit 20% einzuschätzen. Die Mitarbeit bei einer Gewichtsreduktion sei medizinisch gut zumutbar, stehe im Gesundheitsinteresse der Versicherten und dürfe auch als Mass des subjektiven Leidensdrucks verstanden werden. Der Status nach den erfolgten spinalen Eingriffen trage zur dauerhaften qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei, da die objektiven operativen Ergebnisse zwar als gut anzusehen seien, nach spinalen Eingriffen jedoch regelhaft eine hohe spinale Belastung durch körperlich schwere Arbeiten und Tätigkeiten mit häufigen Zwangshaltungen der Wirbelsäule dauerhaft vermieden werden sollte. Die Bewertung könne auch retrospektiv gelten, spätestens seit dem ersten spinalen Eingriff 2013 (IV-act. 142-57 ff.). Der zuständige Arzt vom RAD, Dr. med. E.____, Facharzt für Prävention und Gesundheitswesen, hielt am 8. August 2017 nach einer Besprechung mit einem Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation vom RAD in Beurteilung der PMEDA-Expertise fest, laut diesem Gutachten sei der Blutdruck nicht massiv erhöht, der Diabetes mellitus zufriedenstellend behandelt und die chronische Niereninsuffizienz in einem milden Stadium. Die Adipositas könne isoliert betrachtet keine Einschränkung der adaptierten Arbeitsfähigkeit bewirken. Die Versicherte sei aus



versicherungsmedizinischer Sicht angestammt und adaptiert jeweils 100% arbeitsfähig (IV-act. 143).

A.e. Gestützt auf diese Beurteilung des RAD erliess die IV-Stelle am 21. August 2017 einen Vorbescheid, welcher die Abweisung des Rentenbegehrens ankündigte (IV-act. 146). Dagegen liess die Versicherte am 25. September 2017 wiederum einen Einwand erheben (IV-act. 151), woraufhin die IV-Stelle am 26. Oktober 2017 den Gutachtern dem Rat Dr. E.___s folgend eine Rückfrage betreffend die Arbeitsfähigkeitseinschränkung alleine aufgrund der Adipositas stellte (IV-act. 152 und 153). Die Gutachter antworteten am 22. November 2017, der etablierte medizinische Begriff des metabolischen Syndroms impliziere bereits eine negative Interaktion der dieses Syndrom bildenden Einzeldiagnosen, eine theoretische Aufteilung sei medizinisch nicht sinnvoll und irreführend. Für eine Stabilisierung des metabolischen Syndroms sei eine Gewichtsreduktion führend notwendig. Diese bedürfe eines angemessenen Zeitraumes, andernfalls seien instabile Blutdruck- und Blutzuckerverhältnisse mit entsprechenden Komplikationen zu erwarten (IV-act. 154). Nach Erhalt dieser Antwort gewährte die IV-Stelle der Versicherten das rechtliche Gehör (IV-act. 155), woraufhin diese am 11. Dezember 2017 ausführen liess, gestützt auf das PMEDA-Gutachten sei eine 20%ige Restarbeitsfähigkeit erstellt. Für den Fall der Verfügung einer Schadenminderungs-/ Mitwirkungspflicht wäre der von den Gutachtern genannte Zeitraum von sechs Monaten einzuhalten und sie wäre nach Durchführung der Massnahme neu zu begutachten (IV-act. 156). Dr. E.___ vom RAD erklärte am 18. Januar 2018, die PMEDA-Gutachter würden darauf hinweisen, dass ohne Gewichtsreduktion instabile Blutdruck / Blutzuckerverhältnisse zu erwarten seien. Dies sei medizinisch möglich. Sollte dies der Fall sein, könne die Versicherte sich jederzeit wieder anmelden. Aktuell bestehe eine solche Komplikation aber nicht. Von daher sei die Arbeitsfähigkeit zumindest in einer adaptierten Tätigkeit nicht eingeschränkt (IV-act. 157-2). Gleichentags verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens (act. G 1.1).

B.

B.a. Mit Beschwerde vom 23. Februar 2018 beantragte die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) die Aufhebung der Verfügung vom 18. Januar 2018 und die



St.Galler Gerichte

Zusprache der gesetzlichen Leistungen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, die Gutachter der PMEDA hätten klar eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit für Verweistätigkeiten attestiert, womit sie Anspruch auf eine ganze Rente habe. Eine Aufforderung, sich im Sinne einer Schadenminderungs-/ Mitwirkungspflicht den zumutbaren Massnahmen zur Gewichtsreduktion zu unterziehen, sei bisher nicht erfolgt. Somit sei die ganze Rente auch über das Jahr 2017 hinaus auszurichten, eine Befristung auf Ende 2017 sei nicht zulässig (act. G 1).

B.b. Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte in der Beschwerdeantwort vom 29. März 2018 die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie aus, es liege nicht in der Kompetenz von medizinischen Gutachtern, abschliessend und für die IV-Stellen oder Gerichte verbindlich festzulegen, ob die festgestellten psychischen oder somatischen Leiden zu einer andauernden oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit führten. Aus rechtlicher Sicht dürfe von der Arbeitsfähigkeitsschätzung in einem medizinischen Gutachten abgewichen werden, ohne dass dieses seinen Beweiswert in Bezug auf die erhobenen Befunde und die daraus abgeleiteten Diagnosen verlöre. Die PMEDA habe ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung vorsorglich festgelegt, was invalidenversicherungsrechtlich nicht zulässig sei (act. G 4).

B.c. Die Beschwerdeführerin verzichtete stillschweigend auf die Erstattung einer Replik (act. G 5 und 6).

Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

2.

2.1. Anspruch auf eine Rente der IV haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40%



arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.

Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt definiert. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2. Die Invalidität ist grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.3. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

2.4. Grundlage der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung - und im Beschwerdefall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).



3.

Die Beschwerdegegnerin stützt sich bezüglich Arbeitsfähigkeitsbeurteilung auf die Einschätzung des RAD in Zusammenhang mit der Begutachtung durch die PMEDA und die Beschwerdeführerin auf das PMEDA-Gutachten als solches. Es stellt sich also vorrangig die Frage, ob dieses Gutachten vom 7. Juli 2017 (IV-act. 142-3 ff.) als Grundlage für die Bemessung des Invaliditätsgrades beigezogen werden kann.

3.1. Dr. E.____ vom RAD beurteilte das PMEDA-Gutachten dahingehend, dass das neurologische, neuropsychologische, orthopädische und psychiatrische Teilgutachten jeweils plausibel und nachvollziehbar seien. Versicherungsmedizinisch nicht nachvollziehbar sei die im internistischen Teilgutachten beschriebene Arbeitsfähigkeit von nur 20%, welche im interdisziplinären Konsens übernommen worden sei. Laut Gutachten sei der Blutdruck nicht massiv erhöht, es liege also keine schwere Hypertonie vor. Der Diabetes mellitus sei aktuell zufriedenstellend behandelt. Das von den Gutachtern angegebene Stadium der chronischen Niereninsuffizienz bezeichne ein mildes Stadium, d.h. die Niereninsuffizienz sei nur gering ausgeprägt und kompensiert. Die Adipositas könne isoliert betrachtet keine Einschränkung der adaptierten Arbeitsfähigkeit bewirken. Die Versicherte sei folglich aus versicherungsmedizinischer Sicht angestammt und adaptiert 100% arbeitsfähig (IV-act. 143-2).

3.2.

3.2.1. Vor diesem Hintergrund gilt es im Folgenden die bemängelte internistische Begutachtung zu prüfen. Diese erfolgte durch Dr. med. F.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, welche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein metabolisches Syndrom (arterielle Hypertonie, Adipositas Grad 2, Diabetes mellitus Typ 2) und eine chronische Niereninsuffizienz KIDGO Stadium G2 A3 bei IgA-Nephropathie diagnostizierte. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein sekundärer Hyperparathyreoidismus mit zusätzlicher Hypovitaminose D3 sowie eine Gastritis (IV-act. 142-16 und 142-55). Die Gutachterin kam bei ihrer Beurteilung zum Schluss, dass Anamnese, die aktenkundigen Zusatzdaten und der aktuelle klinische Untersuchungsbefund aus internistischer Sicht aufgrund des metabolischen Syndroms und der renalen Erkrankung eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit mit einem Ausschluss körperlich schwerer Arbeit ergeben würden, welche gesamthaft eine qualitative Leistungsminderung gerechtfertigt erscheinen liessen. Die zum Begutachtungszeitpunkt mit einem Pensum von 20% geleistete Arbeit sowie andere körperlich überwiegend leichte Tätigkeiten seien jedoch als leistbar anzusehen, mittels



einer Gewichtsreduktion auch mit einem Pensum und Rendement von 100%. Für eine Gewichtsreduktion auf einen BMI unter 30 kg/m³ könne ein Zeitraum bis Ende 2017 eingeräumt werden (IV-act. 142-17 f.).

3.2.2. Dieses Teilgutachten beruht auf eigenständigen Abklärungen (IV-act. 142-15 sowie 142-161 ff.) und beachtet die Vorakten (IV-act. 142-4 bis 142-11). Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden sind berücksichtigt worden (IV-act. 142-16 f.) und die bescheinigte vorübergehende Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 142-18 f.) leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Dem Teilgutachten kommt folglich Beweiswert zu.

3.3.

3.3.1. Die vorstehend in der Erwägung 3.2.1 erläuterte internistische Einschätzung wurde in der Konsensbeurteilung von den vier weiteren Gutachtern und der medizinischen Leitung übernommen (IV-act. 142-49 sowie 142-57) und es wurde von den Experten gemeinsam polydisziplinär festgestellt, das bestehende metabolische Syndrom (Hypertonie, Diabetes mellitus, erhebliche Adipositas) bedinge zusammen mit der derzeit kompensierten Niereninsuffizienz eine reduzierte körperliche Belastbarkeit, sodass körperlich schwere Arbeiten auf Dauer ausschieden. Mittels einer Gewichtsreduktion seien das metabolische Syndrom besserbar und die Arbeitsfähigkeit stabilisierbar, hierfür sollte ein Zeitraum bis Ende 2017 eingeräumt werden. Die derzeitige Arbeitsfähigkeit sei zeitlich limitiert bis Ende 2017 mit 20% einzuschätzen. Die Mitarbeit bei einer Gewichtsreduktion (auf einen Ziel BMI von unter 30 kg/m²) sei medizinisch gut zumutbar, stehe im Gesundheitsinteresse der Versicherten und dürfe auch als Mass des subjektiven Leidensdrucks verstanden werden. Der Status nach den erfolgten spinalen Eingriffen trage zur genannten dauerhaften qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei, da die objektiven operativen Ergebnisse zwar als gut anzusehen seien, nach spinalen Eingriffen jedoch regelhaft eine hohe spinale Belastung durch körperlich schwere Arbeiten und Tätigkeiten mit häufigen Zwangshaltungen der Wirbelsäule dauerhaft vermieden werden sollten (IV-act. 142-49). Neben den internistischen Diagnosen sind dem polydisziplinären Konsensgutachten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit dementsprechend ein Zustand nach mikrochirurgischer vorderer Diskektomie und Einsetzen einer Bandscheibenprothese HWK 5 auf 6 in 2013 und ein Zustand nach mikrochirurgischer Diskektomie LWK 5 auf Os sacrum und LWK 4 auf 5 im Mai 2015 zu entnehmen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine residuelle Wurzelläsion von S1 links und eine Migräne ohne Aura (IV-act. 142-55). Auf



Empfehlung des RAD-Arztes hin fragte die IV-Stelle bei der PMEDA nach, ob aus Sicht der Gutachter die Adipositas allein die 80%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit begründe (IV-act. 152 und 153). Die fünf Gutachter und der Medizinische Leiter der Abklärungsstelle antworteten dahingehend, dass der etablierte medizinische Begriff des metabolischen Syndroms eine negative Interaktion der dieses Syndrom bildenden Einzeldiagnosen impliziere. Die Gewichtsreduktion bedürfe eines angemessenen Zeitraums, andernfalls seien instabile Blutdruck- und Blutzuckerverhältnisse mit entsprechenden Komplikationen zu erwarten (IV-act. 154-2).

3.3.2. Auch das polydisziplinäre Konsensgutachten in Zusammenhang mit der Beantwortung der Rückfrage der Beschwerdegegnerin ist umfassend, berücksichtigt die geltend gemachten Beschwerden (IV-act. 142-49 bis 142-52) und begründet in nachvollziehbarer Weise die Schlussfolgerungen der Experten (IV-act. 142-57 ff.). Damit vermag das Gutachten den höchstrichterlich festgelegten, geltenden Anforderungen an ein solches zu genügen, um vollen Beweiswert zu entfalten.

3.4. Die Beschwerdegegnerin ist gestützt auf die Beurteilung von Dr. E.____ vom RAD der Ansicht, es rechtfertige sich, von der von den Sachverständigen im PMEDA-Gutachten bescheinigten Arbeitsunfähigkeit von 80% aus internistischer Sicht in dem Sinn abzuweichen, dass der Beschwerdeführerin ab drei Monaten nach der ersten Operation vom 30. August 2013 eine volle Arbeitsfähigkeit zuzumuten sei, welche einzig ab der zweiten Operation (welche am 5. Mai 2015 stattfand [IV-act. 112]) für drei Monate unterbrochen worden sei. Dem kann jedoch nicht beigepflichtet werden. Zwar vermögen **Adipositas** und Diabetes nach der Rechtsprechung grundsätzlich keine Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts vom 13. August 2015, 8C_903/2014, E. 4.3 mit weiteren Hinweisen). Aus dem Gutachten und der Ergänzung geht jedoch explizit und nachdrücklich hervor, dass die Gutachter die bis 31. Dezember 2017 attestierte 80%ige Einschränkung in der Erwerbsfähigkeit auf das metabolische Syndrom in Zusammenhang mit der Niereninsuffizienz zurückführten, und nicht alleine auf die Adipositas (IV-act. 142-49 und 154-2). Die vom RAD und der Beschwerdegegnerin vorgenommene isolierte Betrachtung der das metabolische Syndrom bildenden Einzeldiagnosen (Hypertonie, Diabetes mellitus, erhebliche Adipositas) bezeichneten die Gutachter als "medizinisch nicht sinnvoll und irreführend". Vielmehr impliziert der etablierte medizinische Begriff des metabolischen Syndroms den Experten zufolge eine negative Interaktion der dieses Syndrom bildenden Einzeldiagnosen (IV-act. 154-2). Diese medizinische Einschätzung der Gutachter leuchtet wie gesagt sein. Es kann sodann nicht angehen, dass eine auf ein klinisch festgestelltes Leiden zurückzuführende gutachterlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit



vom Rechtsanwender bloss unter Hinweis auf den fehlenden invalidisierenden Charakter einer Einzeldiagnose des diagnostizierten Syndroms korrigiert und als invalidenversicherungsrechtlich irrelevant erklärt wird. Dem Bestreben der Beschwerdegegnerin, eine im Rahmen eines metabolischen Syndroms diagnostizierte Adipositas isoliert zu betrachten, fehlt es an einer rechtlichen Grundlage. Folglich vermag die Einschätzung des Arztes vom RAD keine Zweifel am PMEDA-Gutachten aufkommen zu lassen.

3.5.

3.5.1. Die Beschwerdeführerin erachtet ihrerseits die durch die Gutachter vorgenommene Befristung der Arbeitsunfähigkeit von 80% bis Ende 2017 als nicht anwendbar, weil die Beschwerdegegnerin ihr keine diesbezügliche Schadenminderungs- oder Mitwirkungspflicht auferlegt habe. Es ist jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Gutachter die Beschwerdeführerin bereits anlässlich der Begutachtung im April 2017 über ihre Untersuchungsergebnisse und insbesondere über die notwendige Gewichtsreduktion in Kenntnis gesetzt haben. Das ausformulierte Gutachten lag der Beschwerdeführerin (bzw. deren Rechtsvertreter) spätestens Anfang September 2017 vor (vgl. IV-act. 149). Gemäss Art. 7 IVG muss die versicherte Person ohnehin alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt einer Invalidität zu verhindern und es stellt einen allgemeinen Grundsatz des Sozialversicherungsrechts dar, dass einem Leistungsansprecher im Rahmen der Schadenminderungspflicht Massnahmen zuzumuten sind, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Entschädigung zu erwarten hätte (BGE 133 V 509 E. 4.2). Vor diesem Hintergrund war die Beschwerdeführerin auch ohne ausdrückliche Aufforderung von Seiten Beschwerdegegnerin bis Ende 2017 zur Gewichtsabnahme unter einen BMI von 30 kg/m² verpflichtet. Dass diese Gewichtsabnahme nicht zumutbar gewesen oder dass der Zeitraum dafür von den Gutachtern zu kurz angesetzt worden wäre, macht die Beschwerdeführerin nicht geltend und es sind den Akten auch keine dementsprechenden Anhaltspunkte zu entnehmen. Folglich ist auch auf die von den Gutachtern festgelegte zeitliche Limitierung der Arbeitsfähigkeitseinschränkung von 80% bis 31. Dezember 2017 abzustellen.

3.5.2. Soweit die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort diesbezüglich die Ansicht vertritt, die Gutachterstelle habe ihre pessimistische Arbeitsfähigkeitsschätzung bezüglich einer adaptierten Tätigkeit bei der



Beschwerdeführerin "quasi vorsorglich festgelegt", was invalidenversicherungsrechtlich nicht zulässig sei, da damit eine versicherte Person präventiv (teilweise) arbeitsunfähig geschrieben werde (act. G 4 III Ziff. 2), kann ihr nicht gefolgt werden. Denn die Gutachter haben nicht - wie dies der RAD am 18. Januar 2018 gemäss Strategieprotokoll der Beschwerdegegnerin festgestellt hat - darauf hingewiesen, dass ohne Gewichtsreduktion instabile Blutdruck- und Blutzuckerverhältnisse mit entsprechenden Komplikationen zu erwarten seien (IV-act. 157-2). Vielmehr haben sie festgehalten, dass ohne Gewährung eines angemessenen Zeitraums für die Gewichtsreduktion solche instabilen Verhältnisse mit entsprechenden Komplikationen zu erwarten wären (IV-act. 154-2). Für das Bundesgericht spricht nichts dagegen, für den Fall, dass eine versicherte Person nur bis zum Abschluss einer zumutbaren Abmagerungskur in rentenbegründendem Ausmass invalid ist, das Mass und den Beginn der ihr diesfalls bis zu diesem Zeitpunkt zustehenden, befristeten Rente entsprechend der gutachterlichen Beurteilung ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit bis zur Durchführung einer geeigneten Abmagerungskur festzusetzen (vgl. hierzu Urteil vom 14. Juli 2000, I 53/00, E. 4b).

3.6. Zusammenfassend kann das PMEDA-Gutachten als medizinische Grundlage für die Bemessung des Invaliditätsgrades beigezogen werden und es ist bei der Beschwerdeführerin grundsätzlich ab dem 30. August 2013 bis 31. Dezember 2017 von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 80% auszugehen. Mit dem RAD ist jedoch jeweils während drei Monaten nach den operativen Eingriffen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit anzunehmen, also vom 30. August bis 29. November 2013 und vom 5. Mai bis 4. August 2015 (vgl. IV-act. 143-2 i.V.m. IV-act. 112).

4.

4.1. Die Versicherte hat sich bereits am 1. Oktober 2012 nach dem Unfall vom 26. Mai 2012 für Leistungen der IV angemeldet (IV-act. 1) und das Wartejahr am 25. Mai 2013 bestanden (Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% ab 26. Mai 2012 während eines Jahres [vgl. Fremdakten 7-294 und 7-370]; vgl. hierzu Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG sowie nachstehend Erwägung 5.4). Folglich käme der Beginn einer allfälligen Rente vorliegend bereits auf den 1. Mai 2013 zu liegen (vgl. Art. 28 Abs. 1 und Abs. 3 sowie Art. 29 Abs. 1 IVG). Deshalb gilt es im Folgenden die Arbeitsunfähigkeit auch für die Zeit vom 26. Mai 2012 bis zum 25. Mai 2013 und nachfolgend bis zum 29. August 2013 die Erwerbsunfähigkeit festzulegen, für welche Zeiträume die Gutachter der PMEDA keine Aussage getroffen haben.



4.2. Die Beschwerdeführerin war nach dem Unfall vom 26. Mai 2012 von den behandelnden Ärzten (jeweils zuständiger Arzt der G.____ als Hausarztpraxis, zuständige Ärzte der Klinik Bellikon, Dr. D.____) bis zum 11. November 2012 zu 100% und ab dem 12. November 2012 bis zur Operation vom 30. August 2013 zu 50% krankgeschrieben worden (IV-act. 20, Fremdakten 5-93, 7-303, 7-370). Die Suva leistete bis zur Verneinung der Unfalladäquanz am 22. Juli 2013 Taggelder gestützt auf diese 50%ige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit (vgl. Fremdakten 7-381 sowie Fremdakten 11). Der zuständige Arzt des RAD empfahl am 23. Mai 2013, weiterhin mit der Suva zu koordinieren (IV-act. 36-2), und am 12. August 2013 nannte er - in Abweichung von den behandelnden Ärzten - gestützt auf die Akten der Suva ab Juni 2013 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten (IV-act. 58-2). Weder die HWS-Distorsion noch die Anpassungsstörung seien invalidisierend und die neurologisch beschriebenen Gefühlsstörungen würden sich in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht auswirken, ebenso wie die leichten Bewegungseinschränkungen und die anderen unfallfremden Gesundheitsschäden. Eine Auseinandersetzung mit den abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte nahm er zu diesem Zeitpunkt nicht vor (IV-act. 58-1 f.). Am 21. Januar 2016 hielt die IV-Stelle im Strategie-Protokoll wohl in Bezug auf den Vorbescheid vom 30. April 2014 betreffend Rente fest, "der Fall sei mit ungenügenden medizinischen Akten abgewiesen worden" (IV-act. 86).

4.3. Vor dem Hintergrund, dass dem RAD keine anderen Informationen betreffend den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vorlagen als den behandelnden Ärzten und der Suva, dass die Suva über den Juni 2013 hinaus auf die attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit abstellte und ihre Leistungen nicht mangels Erwerbsunfähigkeit, sondern mangels Adäquanz zum Unfall vom 26. Mai 2012 eingestellt hat, und dass die IV-Stelle selber nicht an dieser Einschätzung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit festgehalten hat (vgl. IV-act. 86), kann jedoch auf diese Beurteilung des RAD nicht abgestellt werden. Auch die vom behandelnden Neurochirurgen Dr. D.____ am 18. März 2016 erwähnte vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 26. Mai 2012 bis 30. September 2015 (IV-act. 97-3) kann nicht berücksichtigt werden, da sie augenscheinlich seinen jeweils echtzeitlich ausgestellten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeitszeugnissen im Umfang von 50% (vgl. beispielsweise Fremdakten 7-303 und 7-370 sowie IV-act. 52, 56 und 63) zuwiderläuft.

4.4. Nach dem Gesagten ist für die Zeit vom 26. Mai bis 11. November 2012 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen und für die Zeit vom 12. November 2012 bis zum 29. August 2013 ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gestützt auf die



echtzeitlichen Einschätzungen der behandelnden Ärzte eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten anzunehmen.

5.

5.1. Ausgehend von einer 100%igen Arbeits- resp. Erwerbsunfähigkeit vom 26. Mai bis 11. November 2012, vom 30. August bis 29. November 2013 und vom 5. Mai bis 4. August 2015, von einer 50%igen Arbeits- resp. Erwerbsunfähigkeit vom 12. November 2012 bis 29. August 2013 und von einer 80%igen Erwerbsunfähigkeit vom 30. November 2013 bis 4. Mai 2015 und vom 5. August 2015 bis 31. Dezember 2017 bleiben die erwerblichen Auswirkungen der jeweiligen Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Dabei ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu ermitteln (vgl. Erwägung 2).

5.2. Die Beschwerdeführerin war seit ihrer Einreise in die Schweiz im Jahr 2007 meist über die B. ___ in Einsatzbetrieben tätig (IV-act. 88 sowie 32-1), am längsten wohl von 2010 bis Dezember 2011 in der H. ___ AG (vgl. IV-act. 32-3 sowie 142-14, 19, 34). Bis ins Jahr 2016 hat sie noch Temporäreinsätze in 10 bis 20%igem Pensum absolviert (vgl. IV-act. 142-19 und IV-act. 95). Vor diesem Hintergrund ist sowohl hinsichtlich des hypothetischen Valideneinkommens als auch bezüglich des hypothetischen Invalideneinkommens der Lohn für vollzeitlich ausgeübte Hilfsarbeiten zugrunde zu legen. Dementsprechend kann der Einkommensvergleich anhand eines sogenannten Prozentvergleichs vorgenommen werden. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. BGE 126 V 75). Ob ein Tabellenlohnabzug vorzunehmen ist und wenn ja, in welcher Höhe, kann vorliegend jedoch weitgehend offenbleiben. Denn ausgehend von der 50%igen Erwerbsunfähigkeit vom 12. November 2012 bis zum 29. August 2013 beträgt der hieraus resultierende Invaliditätsgrad ohne Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs 50% und unter Berücksichtigung eines bis zu 15%igen Abzugs - welcher in der vorliegenden Konstellation sicher das Maximum bildet - maximal 58% ($100\% - [50\% \times 0.85]$). Und ausgehend von einer 100%igen respektive 80%igen Erwerbsunfähigkeit in der Zeit vom 30. August 2013 bis zum 31. Dezember 2017 erreicht der gestützt darauf zu errechnende Invaliditätsgrad bereits ohne Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs das für eine ganze Rente notwendige Ausmass.

5.3. Bei der rückwirkenden Zusprache einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente finden gemäss Rechtsprechung die für die Rentenrevision geltenden Normen (Art. 17 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die



Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) analog Anwendung (Urteil des Bundesgerichts vom 16. April 2013, 8C_93/2013, E. 2; BGE 121 V 275 E. 6b/dd mit Hinweis). Gemäss Art. 88a IVV ist bei einer Verbesserung (Abs. 1) oder Verschlechterung (Abs. 2) der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat. Renten werden stets für den ganzen Kalendermonat im Voraus ausbezahlt (Art. 19 Abs. 3 ATSG).

5.4. Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin während des Wartejahres (26. Mai 2012 bis 25. Mai 2013) gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG betrug abgerundet 73% (170 Tage à 100% und 195 Tage à 50% geteilt durch 365 Tage). Eine ganze Rente kann jedoch nur dann zugesprochen werden, wenn die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit für das abgelaufene Jahr wenigstens 70% betragen hat und weiterhin eine Erwerbsunfähigkeit von mindestens gleichem Ausmass besteht (ZAK 1980 S. 282). Da bei der Beschwerdeführerin bei Eintritt der Invalidität am 26. Mai 2013 noch eine 50%ige Erwerbsunfähigkeit vorlag, hat sie folglich ab dem 1. Mai 2013 Anspruch auf eine halbe Rente der IV (vgl. zum Invaliditätsgrad vorstehend Erwägung 5.2). In Anwendung der gemäss Art. 88a IVV zu beachtenden Anpassungszeit von jeweils drei Monaten sowie unter Berücksichtigung von Art. 19 Abs. 3 ATSG hat sie befristet mit Wirkung ab 1. Mai 2013 bis 30. November 2013 Anspruch auf die halbe Invalidenrente und mit Wirkung ab 1. Dezember 2013 bis 31. März 2018 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

6.

6.1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 18. Januar 2018 aufzuheben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Mai 2013 bis 30. November 2013 eine halbe und mit Wirkung ab 1. Dezember 2013 bis 31. März 2018 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.

6.2. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. In Anbetracht der Tatsache, dass der Beschwerdeführerin statt der beantragten unbefristeten Rente nur eine befristete Rente zugesprochen wird, ist ermessensweise von einem hälftigen Obsiegen auszugehen. Entsprechend bezahlen die Beschwerdegegnerin und die Beschwerdeführerin die Gerichtsgebühr im Umfang von je Fr. 300.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 300.-- daran anzurechnen und im Umfang von Fr. 300.-- zurückzuerstatten.



6.3. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) bei vollem Obsiegen als angemessen. Da die Beschwerdeführerin teilweise obsiegt, hat sie einen reduzierten Anspruch auf eine Parteientschädigung. Einem hälftigen Obsiegen entsprechend hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin mit Fr. 1'750.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 18. Januar 2018 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung vom 1. Mai 2013 bis 30. November 2013 eine halbe und mit Wirkung vom 1. Dezember 2013 bis 31. März 2018 eine ganze Invalidenrente zugesprochen. Die Sache wird zur Berechnung des Rentenbetrages an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- bezahlen die Beschwerdeführerin und die Beschwerdegegnerin je im Umfang von Fr. 300.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin daran angerechnet und im Umfang von Fr. 300.-- zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'750.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.