



**Fall-Nr.:** IV 2017/154  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 14.02.2020  
**Entscheiddatum:** 01.10.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 01.10.2019**

**Art. 8 IVG. Art. 43 Abs. 1 ATSG. Würdigung eines medizinischen Gutachtens. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Gutachters ist ungenügend. Rückweisung zu weiteren Abklärungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St Gallen vom 1. Oktober 2019, IV 2017/154).**

#### **Entscheid vom 1. Oktober 2019**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Annina Janett

Geschäftsnr.

IV 2017/154

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Laurent Häusermann, Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 St. Gallen,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### IV-Leistungen

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich im Mai 2014 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zur beruflichen Integration an. Sie gab an, dass sie an chronischen Schmerzen insbesondere im Bereich des Rückens, an Verdauungsproblemen sowie an einer Depression leide. Nach ihrer Ausbildung zur Arztgehilfin (MPA) habe sie bis zu ihrem Zusammenbruch am 25. November 2013 im 100%-Pensum als leitende Laborantin und Leiterin der Verarbeitung beim B.\_\_\_\_ gearbeitet. Seit dem 26. November 2013 sei sie zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 2, vgl. IV-act. 5).

**A.b.** Der behandelnde Psychiater der Versicherten, Dr. med. C.\_\_\_\_, berichtete am 20. Mai 2014, dass die Versicherte an einer mittelgradig depressiven Episode mit einem somatischen Syndrom (ICD-10 F. 32.11) leide. Am 5. Dezember 2013 habe er ihr sowohl für die angestammte als auch für eine adaptierte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. In den nächsten acht bis zwölf Wochen sei von einer noch nicht näher zu beziffernden Teilarbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 13).

**A.c.** Die ehemalige Arbeitgeberin berichtete der IV-Stelle am 14. Juli 2014, dass die Versicherte das Arbeitsverhältnis per 31. Januar 2014 gekündigt habe (IV-act. 20).

**A.d.** Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 17. Juli 2014 mit, dass aufgrund ihres Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien; die medizinischen Behandlungen stünden aktuell im Vordergrund (IV-act. 21).

**A.e.** Am 28. August 2014 berichtete Dr. C.\_\_\_\_ der IV-Stelle, dass bei der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit einem somatischen Syndrom gegenwärtig weder mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit noch mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden könne. Eine stationäre



psychosomatische Rehabilitation in einer geeigneten Fachklinik sei indiziert. Aufgrund der anhaltenden mittelgradigen Antriebs-, Denk- und Affektstörungen erschiene jedoch gegenwärtig noch keine ausreichende Belastbarkeit für ein derartiges Rehabilitationsprogramm gegeben (IV-act. 22).

**A.f.** Am 22. Februar 2015 wurde die Versicherte bei den Diagnosen eines lumboradikulären Schmerzsyndroms L4/5 rechts, einer ISG-Arthropathie links und einer Facettengelenksarthropathie L4/5 beidseits im Universitätsspital Zürich (USZ) am Rücken operiert; sie war bis am 2. März 2015 hospitalisiert (IV-act. 35 f.). Gleichentags wurde am USZ ein psychiatrisches Konsil durchgeführt (vgl. IV-act. 60-6). Im Austrittsbericht vom 2. März 2015 hielten die Ärzte der Klinik für Unfallchirurgie des USZ u.a. fest, dass die anfänglich geäusserten suizidalen Absichten bei der bekannten Depression konsiliarisch durch die Kollegen der Psychiatrie beurteilt worden seien. Dabei habe sich ergeben, dass keine akuten Suizidpläne oder -absichten beständen. Die Versicherte sei bei der Entlassung in guter psychiatrischer Verfassung mit einem positiven Blick in die Zukunft gewesen. Man habe die Versicherte in einem subjektiven Wohlbefinden und mit reizlosen Wundverhältnissen in die ambulante Weiterbehandlung entlassen können (IV-act. 35). Am 17. August 2015 erfolgte aufgrund eines Carpaltunnelsyndroms rechts sowie einer Tendovaginitis stenosans Dig III/IV beidseits ein weiterer operativer Eingriff im USZ (IV-act. 53 f.).

**A.g.** Am 30. November 2015 notierte der IV-interne Regionale Ärztliche Dienst (RAD), dass der Gesundheitszustand der Versicherten aktuell instabil und dass kein Eingliederungspotential erkennbar sei (IV-act. 56). Daraufhin teilte die IV-Stelle der Versicherten am 2. Dezember 2015 mit, dass zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 58).

**A.h.** Die Ärzte des Schmerzambulatoriums des USZ stellten am 12. Januar 2016 im Wesentlichen die Schmerzdiagnose chronisches multifaktorielles panvertebrales Schmerzsyndrom. Im Weiteren verwiesen sie auf die Fremddiagnosen einer Depression sowie einer chronischen somatoformen Schmerzstörung mit organischen Schmerzen (IV-act. 60-5 ff.). Dr. C.\_\_\_\_ berichtete am 23. Januar 2016, klinisch imponiere unverändert ein mittel- bis höhergradig ausgeprägtes gehemmt-depressives Syndrom mit Somatisierung. Mit dem aktuellen Gesundheitszustand der Versicherten seien



## St.Galler Gerichte

keinerlei Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vereinbar. Im Falle einer Zustandsverbesserung sei mittelfristig weiterhin die Aufnahme eines geeigneten Arbeitstrainings zu empfehlen (IV-act. 60-2 ff.). Im Abschlussbericht vom 30. März 2016 empfahlen die Ärzte des Schmerzambulatoriums des USZ ein multimodales, konservativ angelegtes schmerztherapeutisches Konzept mit u.a. der Fortführung der bereits etablierten physio- und chiropraktischen Behandlungen, der psychiatrischen Mitbehandlung und die vorsichtige Anpassung der Medikation (IV-act. 63-12 ff.).

**A.i.** Am 13. April 2016 kam der RAD erneut zum Schluss, dass kein Eingliederungspotential erkennbar und dass von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% für alle Tätigkeiten in der freien Wirtschaft auszugehen sei. Gegebenenfalls könne im geschützten Rahmen eine niedrigprozentige Arbeitsfähigkeit vorliegen. Ob, wann und in welcher Höhe irgendwann einmal ein Eingliederungspotential vorliegen könnte, sei aktuell nicht absehbar. Der RAD empfahl die Rentenprüfung mit gegebenenfalls vertiefter medizinischer Abklärung (IV-act. 65). Daraufhin schloss die IV-Stelle die Prüfung von beruflichen Massnahmen ab (vgl. das interne Strategieprotokoll vom 15. April 2016; IV-act. 66).

### **B.**

**B.a.** Am 18. Mai 2016 notierte der RAD, dass im Rahmen der Rentenprüfung eine polydisziplinäre Begutachtung angezeigt sei (IV-act. 75).

**B.b.** Im Oktober 2016 wurde die Versicherte durch die Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen (PMEDA) AG internistisch, neurologisch, orthopädisch, psychiatrisch sowie neuropsychologisch abgeklärt. Im Gutachten vom 3. Januar 2017 hielten die Sachverständigen im Wesentlichen fest, dass die Versicherte an einem lumbovertebralen Defektsyndrom bei Status nach Spondylodese L3 bis S1 und ISG-Fusion links 02/2015 leide. Dieses wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aus. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein Verdacht auf arterielle Hypertonie, Übergewicht, Hyperthyreosis factitia sowie eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0). Der internistische Gutachter hielt fest, dass die Versicherte diffuse Schmerzen des gesamten Körpers mit dem Schmerzauptbefund im Bereich der lumbalen Wirbelsäule und mit einer Ausstrahlung in das rechte Bein geschildert habe. Spezifische internistische Beschwerden habe die Versicherte nicht angegeben.



Der hiesige internistische Befund habe sich bei der übergewichtigen Versicherten bis auf erhöhte Blutdruckwerte unauffällig gestaltet. Eine mögliche arterielle Hypertonie könne im Rahmen der hausärztlichen Betreuung nachkontrolliert werden. Das Thyreotropin (TSH) sei supprimiert bei der Einnahme von Schilddrüsenhormonen in Eigenregie. Eine Anpassung der Hormonsubstitution sei im Rahmen der hausärztlichen Betreuung indiziert. Diese Problematik sei einfach zu beheben und weitere Einschränkungen liessen sich daraus nicht ableiten. Insofern sei keine internistische Diagnose evident, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Konsequenz hätte (IV-act. 82-14 f.). Der neurologische Gutachter führte aus, dass sich in der neurologischen Untersuchung kein nervales Defizit und insbesondere keine radikuläre Läsion gefunden habe. Ein Anhaltspunkt für eine die Arbeitsfähigkeit mindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem fehle (IV-act. 82-20 f.). Der orthopädische Gutachter erklärte, dass die Versicherte bei der Untersuchung keinen schmerzgeplagten Gesamteindruck, keinen Schonsitz, keine Schonbewegungen und keinen Schongang gezeigt habe. Die gutachterliche Untersuchung habe bezüglich der Wirbelsäule reizlose Narbenbildungen lumbal und in Projektion auf die Flanke bzw. das ISG links sowie eine Minderbeweglichkeit des lumbalen Wirbelsäulenabschnittes mit einer leichten muskulären Verspannung der Lumbalregion objektiviert. Die erhobenen Befunde seien jedoch nicht geeignet, das Ausmass der anamnestisch reklamierten Limitationen zu erklären. Das objektive operative Ergebnis sei als gut einzuschätzen. Die aktenkundigen Bildbefunde böten ebenfalls keinen Anhalt für eine die Beschwerden hinreichend erklärende Auffälligkeit. Eine kürzlich unternommene Fernreise sei ebenfalls nicht mit dem Ausmass der reklamierten Einschränkungen in Einklang zu bringen. Aufgrund des erhobenen Befundes und des postoperativen spinalen Zustands sei somit lediglich eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit mit einem Ausschluss von körperlich schweren Arbeiten und von Tätigkeiten mit einer häufigen Zwangshaltung der Lendenwirbelsäule attestierbar. Für die zuletzt ausgeübte sowie für vergleichbare Tätigkeiten sei von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Bezüglich der Halswirbelsäule liege ein unauffälliger klinischer Untersuchungsbefund mit einer freien Funktionalität vor. Im Bereich der Unterarme und der Hände bestehe bei einem Status nach Karpaltunneloperation und Ringbandspaltung kein namhafter pathologischer Befund. Eine Inaktivitätshypotrophie oder eine seitendifferente Umfangsmasse der Muskulatur/Weichteile liege nicht vor. In



diesem Bereich könne somit keine eigenständige Einschränkung resultieren. Therapeutisch seien vor allem eine Gewichtsreduktion und regelmässiges Schwimmen notwendig (IV-act. 82-28 f.). Der psychiatrische Gutachter hielt fest, dass sich ihm eine freundliche, im Kontaktverhalten verbittert und resigniert imponierende Explorandin präsentiert habe, welche ohne Zeichen mnestischer oder konzentrativer Defizite über ihren Werdegang und über ihre Beschwerden berichtet habe. Die Auffassungsgabe und die geistige Spannkraft seien ungestört und die Versicherte sei in der Lage gewesen, der ausführlichen Exploration ohne Zeichen einer Ermüdung aufmerksam zu folgen. Die Achsenkriterien einer schwerergradigen Depressivität seien nicht erfüllt. Die Stimmung sei zum depressiven Pol hin verschoben, jedoch nicht gravierend depressiv gewesen; der Antrieb in der Untersuchungssituation sei nicht beeinträchtigt gewesen. Als depressive Nebensymptome seien eine rasche Ermüdbarkeit, ein Insuffizienzerleben und ein sozialer Rückzug geschildert worden. Hierbei sei die Explorandin im Alltag durchaus aktiv und selbständig; sie sei in der Lage, ein Kraftfahrzeug zu führen, sich um ihre beiden Hunde zu kümmern und auch eine Fernreise mit dem eigenen Auto zu unternehmen. Unter Anwendung der ICD-10 Kriterien sei bei der Versicherten also die Diagnose einer leichtgradigen depressiven Episode zu stellen, wobei die Abgrenzung zu einer Anpassungsstörung im Kontext des Schmerzerlebens und der offenbar schwierigen beruflichen Situation fließend sei. Aus fachpsychiatrischer Sicht sei die Versicherte angesichts der nur leichtgradigen Störung durchaus in der Lage, eine der zuletzt ausgeübten Tätigkeit vergleichbare Arbeit zu 100% (Pensum und Rendement 100%) auszuüben. Aus therapeutischer Sicht sei die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit sinnvoll und zu empfehlen (IV-act. 82-35). Der neuropsychologische Gutachter führte aus, dass der erhobene klinische Befund ohne Anhaltspunkte für eine kognitive Beeinträchtigung gewesen sei. Die Versicherte sei wach, orientiert, attent, eloquent, mnestisch und in der Auffassung sicher gewesen und sie sei im Verlauf nicht ermüdet. Die testpsychologische Untersuchung habe eine unterdurchschnittliche Reaktionsbereitschaft erbracht. Alle weiteren getesteten kognitiven Bereiche hätten sich durchschnittlich gezeigt. Der Selbstbeurteilungsfragebogen bezüglich einer affektiven Störung habe eine depressive Episode mit einem erheblichen Schweregrad ergeben, die nicht im Einklang mit dem diesbezüglich nicht gravierend gestörten klinischen Befund stehe. Die Ergebnisse bei der Reaktionsbereitschaft hätten eine unüblich hohe Antwortlatenz gezeigt. Die Werte der Versicherten lägen über dem Cut



Off Wert und seien in Anbetracht der Fähigkeit, im Alltag sicher ein Fahrzeug führen zu können, nicht plausibel. Die verlangsamte Reaktionszeit sei somit eher im Rahmen eines Testartefakts zu sehen und nicht im Sinne einer kognitiven Störung zu interpretieren. Zusammenfassend seien anamnestisch und aktenkundig keine kognitiven Störungen zu erheben. Die Untersuchungen seien klinisch und testpsychologisch unauffällig gewesen. Damit lasse sich von neuropsychologischer Seite keine kognitive Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestieren (IV-act. 82-43 f.). Die Sachverständigen kamen in der Konsensbeurteilung zum Schluss, dass sich für die von der Versicherten reklamierte Schmerzintensität und die Limitation in den Befunden zumindest im geklagten Ausmass kein hinreichendes Korrelat gefunden habe. Die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung seien nicht erfüllt. Anamnestisch seien die ausreichende Selbständigkeit, die Selbstversorgung und die soziale Aktivität aufgefallen; die Ressourcen für eine Arbeitstätigkeit seien deshalb als gegeben anzusehen. Die objektiven Befunde seien mit einer Arbeitsaufnahme vereinbar. In Zusammenfassung aller Teilgutachten, der dabei erhobenen Anamnesen und der Befunde sowie der Akten Daten sei die Versicherte seit jeher (ex tunc) in der zuletzt ausgeübten sowie jeder vergleichbaren, körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes zu 100% (Pensum und Rendement) arbeitsfähig. Die Versicherte sei denn auch trotz der ersten spinalen Operation im Jahr 2001 vollschichtig arbeitstätig gewesen, was ihre Arbeitsfähigkeit praktisch belege (IV-act. 82-53).

**B.c.** Der RAD notierte am 10. Januar 2017, dass das Gutachten den versicherungsmedizinischen Anforderungen entspreche und dass dem Rechtsanwender empfohlen werde, den Leistungsentscheid auf das Ergebnis des Gutachtens abzustellen. Es bestehe eine nicht nachvollziehbare Selbstlimitierung mit einer Arbeitsfähigkeit von 0%, die nicht medizinisch belegt werden könne (IV-act. 83).

**B.d.** Mit einem Vorbescheid vom 11. Januar 2017 kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Begehrens um eine Invalidenrente an, da die Versicherte gemäss dem polydisziplinären Gutachten in der angestammten Tätigkeit als Abteilungsleiterin im Labor sowie in jeder anderen, geeigneten Erwerbsmöglichkeit weiterhin zu 100% arbeitsfähig sei (IV-act. 87).



**B.e.** Am 16. Februar 2017 liess die Versicherte gegen den Vorbescheid im Wesentlichen einwenden, dass ihr bislang keine beruflichen Massnahmen gewährt worden seien. Das diesbezügliche Assessment sei im Februar 2015 und damit vor dem Eintritt ins USZ abgebrochen worden. Die Beschwerdeführerin ersuchte die IV-Stelle darum, gemäss dem Grundsatz der Eingliederung vor Rente weitere Abklärungen vorzunehmen und ihr die entsprechenden Leistungen zu gewähren, damit ein abgestufter langsamer Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt stattfinden könne. Das Potential hierzu sei medizinisch ausgewiesen. Ein Therapieabbruch habe nicht stattgefunden, sondern sie führe lediglich eine örtlich nähergelegene Schmerztherapie durch (IV-act. 89). Im Weiteren verwies sie auf eine von Dr. C.\_\_\_\_ verfasste Stellungnahme vom 30. Januar 2017. Darin hatte dieser festgehalten, dass er nach einer Prüfung des Gutachtens fachliche Mängel nicht mit Sicherheit ausschliessen könne. Seines Erachtens hätten die Gutachter relevante Befunde nicht erhoben bzw. nicht richtig berücksichtigt. Insbesondere sei der psychiatrische Gutachter nicht auf die vom USZ gestellte Diagnose einer chronischen somatoformen Schmerzstörung bzw. auf die Möglichkeit, dass bei der Versicherten eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren vorliegen könnte, eingegangen (IV-act. 89-4 f).

**B.f.** Mit Verfügung vom 15. März 2017 lehnte die IV-Stelle einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente sowie auf berufliche Massnahmen ab. Bezüglich des Einwandes führte sie aus, die Versicherte beanspruche konkret berufliche Massnahmen, was klar darauf hindeute, dass sie sich selbst zumindest in einer leidensangepassten Tätigkeit als arbeitsfähig erachte. Aufgrund der gutachterlich attestierten vollen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auch in der angestammten Beschäftigung sei die Versicherte in der Stellensuche nicht eingeschränkt. Deshalb sei hinsichtlich der Unterstützung bei der Arbeitssuche das RAV zuständig. Berufliche Massnahmen seien in der Mitteilung vom 2. Dezember 2015 abgewiesen worden. Die Aussage von Dr. C.\_\_\_\_, dass er fachliche Mängel nicht mit Sicherheit ausschliessen könne, bedeute gleichzeitig, dass er fachliche Mängel am Gutachten nicht mit Sicherheit belegen könne. Irgendwelche Inkonsistenzen habe der RAD in seiner Stellungnahme vom 10. Januar 2017 nicht festgestellt. Deshalb werde weiterhin auf das Gutachten abgestellt; es bestehe weder ein Anspruch auf eine Rente noch auf berufliche Massnahmen (IV-act. 90).



### C.

**C.a.** Dagegen erhob die Versicherte am 1. Mai 2017 Beschwerde. Sie beantragte, die Verfügung vom 15. März 2017 sei aufzuheben und ihr seien die gesetzlichen Leistungen zu gewähren, insbesondere sei ihr rückwirkend ab November 2014 mindestens eine halbe Invalidenrente auszurichten; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. In prozessualer Hinsicht rügte sie die Verletzung des rechtlichen Gehörs, da sich die IV-Stelle mit keinem Wort mit den Einwänden von Dr. C.\_\_\_\_ auseinandergesetzt und keine objektivierbare Untersuchung eingeholt habe. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, dass die Beschwerdegegnerin nach dem Vorliegen des Einwandes weitere Untersuchungen und insbesondere eine Messung der Nervenleitgeschwindigkeit in den Händen und Beinen hätte einleiten müssen. Das PMEDA-Gutachten enthalte diverse gravierende Mängel. Insbesondere sei der Bericht des psychiatrischen Konsiliums am USZ vom 22. Februar 2015 nicht berücksichtigt worden und es sei nicht einleuchtend, dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei. In Anlehnung an die Ausführungen des RAD, des USZ und von Dr. C.\_\_\_\_ sei gegenwärtig von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt auszugehen. Dies ergebe einen Anspruch auf eine ganze Rente. Eventualiter müsste nach der Durchführung der noch erforderlichen Untersuchungen (Nervenleitgeschwindigkeit Hände und Beine, Bildgebung LWS Übergang Steissbein) nochmals ein neurologisches und psychiatrisches Gutachten eingeholt werden und sodann die Arbeitsfähigkeit aufgrund der erforderlichen Untersuchungen nochmals rheumatologisch/orthopädisch abgeklärt werden (act. G 1). Die Beschwerdeführerin reichte zudem einen weiteren Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 2. April 2017 ein. Darin hatte dieser festgehalten, dass die körperliche Belastbarkeit aufgrund multipler krankheitsbedingter Funktionseinschränkungen im muskulo-skelettären System, hierunter chronisch neurogene Veränderungen und ein chronisches Schmerzsyndrom, als erheblich beeinträchtigt erscheine. Hinzu komme die deutlich eingeschränkte Gebrauchsfähigkeit beider Hände nach der Operation eines schweren Karpaltunnelsyndroms beidseits mit fortbestehenden Funktionsdefiziten. Das Leistungsvermögen für Tätigkeiten mit mittelschweren Anforderungen, wie beispielsweise Laborarbeiten, mit handwerklichen, komplexen und planerischen Anforderungen, Arbeiten mit Verantwortung sowie



Führungs- und Überwachungsarbeiten erscheine krankheitsbedingt nicht mehr gegeben (act. G 1.1.3).

**C.b.** Die Beschwerdegegnerin beantragte am 31. August 2017 die Abweisung der Beschwerde. Sie führte im Wesentlichen an, dass sie auf die von Dr. C.\_\_\_\_ geäußerte Kritik am Gutachten eingegangen sei. Auch habe sich die Beschwerdeführerin dezidiert mit dem Gutachten auseinandergesetzt. Da dieses die massgebliche Entscheidungsgrundlage für die Ablehnung des Rentenanspruchs dargestellt habe, sei die Behauptung, die Beschwerdeführerin habe nicht beurteilen können, ob sie ein Rechtsmittel ergreifen solle, unglaubwürdig. In somatischer Hinsicht sei das Gutachten zu Recht nicht beanstandet worden. Weiter seien entgegen der Argumentation der Beschwerdeführerin auch keine Gründe ersichtlich, dass der psychiatrische Experte nicht nach den Regeln der Kunst vorgegangen wäre. Aus der Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ ergäben sich keine Aspekte, die im Rahmen der PMEDA-Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Zwar enthalte der Bericht des USZ vom 12. Januar 2016 hinsichtlich der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit organischen und somatischen Faktoren einen Hinweis auf ein psychiatrisches Konsil vom 22. Februar 2015. Im Austrittsbericht vom 2. März 2016 sei mit Bezug darauf aber ein psychiatrischer Befund wiedergegeben worden, welcher sich ausschliesslich auf die bekannte depressive Symptomatik bezogen habe. Eine Schmerzstörung sei nicht thematisiert worden. Damit sei keine begründete Diagnose einer chronischen Schmerzstörung ausgewiesen, mit welcher sich der psychiatrische Gutachter zwingend hätte auseinandersetzen müssen (act. G 6).

**C.c.** In ihrer Replik vom 18. Januar 2018 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen das in der Beschwerde Dargelegte vor. Sie verwies auf die von Dr. C.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 3. Januar 2017 aufgeführten Inkonsistenzen. Sie hielt weiter fest, es sei nicht nachvollziehbar, dass die Einwendungen von Dr. C.\_\_\_\_ dem RAD nicht zur Beurteilung vorgelegt worden seien. Ausserdem reichte die Beschwerdeführerin Berichte über bildgebende Untersuchungen vom August, November und Dezember 2017, einen Bericht des Wirbelsäulenzentrums D.\_\_\_\_ vom 4. Oktober 2017, eine konsiliarische Beurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 25. August 2017 sowie einen Bericht des Paraplegikerzentrums Nottwil vom 11. Januar 2018 zu den Akten (act. G 14).



## St.Galler Gerichte

**C.d.** Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 23. Januar 2018 auf die Einreichung einer Duplik (act. G 16).

**C.e.** Am 3. Juli 2018 reichte die Beschwerdeführerin den Bericht der Klinik für Unfallchirurgie des USZ vom 24. Juni 2015 sowie vier weitere Berichte des Paraplegikerzentrums Nottwil vom Februar und April 2018 zu den Akten. Sie machte geltend, dass der relevante Bericht des USZ vom 24. Juni 2015 den Gutachtern nicht vorgelegen habe, weshalb das Gutachten auf unvollständigen Akten beruhe und in mehrfacher Hinsicht nicht nachvollziehbar sei. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei im Ergebnis zweifellos falsch, da keine Rede davon sein könne, dass ein objektivierbares Korrelat fehle (act. G 18).

## Erwägungen

### 1.

**1.1.** Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 15. März 2017 das Begehren der Beschwerdeführerin um eine Invalidenrente sowie um berufliche Massnahmen abgewiesen (IV-act. 90).

**1.2.** Zu prüfen ist zunächst, ob sie das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung 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 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist 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 (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Gemäss Art. 28a Abs. 1 des IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität 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 könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung



gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

### 2.

**2.1.** Um das Invalideneinkommen zu bestimmen und damit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, muss die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. In medizinischer Hinsicht liegt insbesondere das PMEDA-Gutachten vom 3. Januar 2017 im Recht.

**2.2.** Die Sachverständigen der PMEDA AG haben in ihrer Konsensbeurteilung festgehalten, dass die Beschwerdeführerin in der bisherigen und jeder vergleichbaren, körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit seit jeher zu 100% arbeitsfähig gewesen sei (IV-act. 82-53). Die Gutachter haben angeführt, dass bei der Beschwerdeführerin ein lumbovertebrales Defektsyndrom bestehe, das sich aber lediglich im Sinne einer qualitativen Minderung der Arbeitsfähigkeit auswirke; der Beschwerdeführerin seien körperlich schwere Arbeiten und Tätigkeiten mit häufiger Zwangshaltung der Lendenwirbelsäule unzumutbar (IV-act. 82-28). Der psychiatrischen Diagnose einer leichtgradig depressiven Störung haben die Gutachter keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Der psychiatrische Gutachter hat diesbezüglich festgehalten, dass die Beschwerdeführerin angesichts der nur leichtgradigen Störung durchaus in der Lage sei, "eine der zuletzt ausgeübten Tätigkeit vergleichbare Arbeit" zu 100% auszuüben (IV-act. 82-35). Dabei hat es der psychiatrische Gutachter offensichtlich unterlassen, sich damit zu befassen, was die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin als leitende Laborantin und Leiterin des B.\_\_\_\_ konkret beinhaltet hat und welche tatsächlichen, insb. psychischen Belastungen mit diesem Beruf verbunden sind. Mit anderen Worten fehlt es vorliegend an einem ausführlichen Belastungsprofil bzw. der Auseinandersetzung mit ebendiesem. Ohne ein solches Jobprofil kann sich ein medizinischer Sachverständiger jedoch nicht überzeugend dazu äussern, welche Belastungen einer versicherten Person in welchem Umfang trotz einer Gesundheitsbeeinträchtigung noch zumutbar sind respektive welche Belastungen der versicherten Person gerade wegen der Beeinträchtigungen nicht mehr zugemutet werden können. Gerade im Falle der Beschwerdeführerin, welche 28 Jahre eine hochspezialisierte Tätigkeit ausgeübt hat, wäre ein Belastungsprofil somit geradezu unabdingbar gewesen. Die Tätigkeit als Leiterin des B.\_\_\_\_ hat gemäss dem bei den Akten liegenden Arbeitszeugnis unter anderem folgende Aufgaben beinhaltet: Die Beherrschung der serologischen Arbeitstechniken im Bereich der B.\_\_\_\_-Medizin, die Überwachung der Herstellung, der Lagerung und der Freigabe labiler Blutprodukte, die Überwachung der internen und externen



Qualitätskontrolle und deren Auswertung sowie die Einstellung, die Einarbeitung, das Führen und die Fortbildung von Mitarbeitern. Die Beschwerdeführerin ist nicht nur als eigenverantwortliche Tageslaboratorin eingesetzt worden, sondern hat auch im Nachtdienst gearbeitet. Im Weiteren hat sie Bereitschaftsdienst für die Nierentransplantation am Kantonsspital St. Gallen geleistet. Diese Tätigkeiten haben von der Beschwerdeführerin nicht nur eine ausserordentliche Fachkompetenz sowie ein vernetztes Denken, sondern auch die Fähigkeit, ihre Kenntnisse bereichsübergreifend einzuordnen, erfordert (vgl. das Zwischenzeugnis vom 31. Dezember 2007, IV-act. 5-6 ff.). Bereits mit Blick auf dieses, dem Zeugnis zu entnehmende Job-Profil bestehen aus Sicht des Versicherungsgerichts erhebliche Zweifel daran, dass der Beschwerdeführerin solche Belastungen trotz der – wenn auch allenfalls nur leichtgradig – depressiven Symptomatik noch zumutbar wären. Vielmehr könnte es durchaus sein, dass es der Beschwerdeführerin durch ihre gesundheitliche Beeinträchtigung an der in einer solchen Tätigkeit zwingend notwendigen Konzentrations-, Merk-, Durchhalte- und Kommunikationsfähigkeit fehlt. Vor diesem Hintergrund überzeugt die pauschale Arbeitsfähigkeitsschätzung (100%ige Arbeitsfähigkeit im Pensum und Rendement) des psychiatrischen Gutachters nicht.

**2.3.** Möglicherweise hätte der psychiatrische Gutachter eine überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung für die angestammte Tätigkeit und darüber hinaus für konkrete, als ideal adaptiert zu qualifizierende Tätigkeiten abgeben können, wenn ein Berufsberater ein spezifisches Belastungsprofil definiert hätte. Das hätte es dem Gutachter erlaubt, die Auswirkungen der psychiatrischen Diagnose anhand der konkreten Anforderungen der entsprechenden Tätigkeit zu beleuchten und es ihm ermöglicht, das Ausmass der psychischen Beeinträchtigung konkret zu bestimmen (vgl. auch Franz Schlauri, Erwerblich-praktische Vorgaben an eine medizinische Arbeitsfähigkeitsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri, Rechtsfragen der Eingliederung Behinderter, 2000, S. 180). Da die Beschwerdegegnerin keine solche berufsberaterische Abklärung durchgeführt hat und da auch kein anderer Facharzt eine zuverlässige Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben hat, erweist sich die Frage nach der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für die angestammte und für allfällig besser leidensadaptierte Tätigkeiten als ungenügend abgeklärt. Die Beschwerdegegnerin hat folglich ihre Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) offensichtlich noch nicht erfüllt. Die Verfügung vom 15. März 2017 ist deshalb als rechtswidrig aufzuheben und die Sache ist zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin wird die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer letzten Tätigkeit als leitende Laboratorin und Leiterin der Verarbeitung von Blut beim SRK sowie in einer allfällig



besser adaptierten Tätigkeit abzuklären haben. Dabei wird sie insbesondere zu beleuchten haben, in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin aufgrund ihres psychischen Gesundheitszustands in angestammten, hochspezialisierten Tätigkeit mit hohen Anforderungen an die Konzentrations-, Kommunikations- und Durchhaltefähigkeit eingeschränkt gewesen ist. Dabei wird sie nicht umhinkommen, die Tätigkeit allenfalls unter Beizug eines Berufsberaters konkret zu umschreiben und dieses Job-Profil den gutachterlichen Sachverständigen für eine ergänzende Arbeitsfähigkeitsschätzung nochmals vorzulegen.

**2.4.** Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat um die Gewährung der "gesetzlichen Leistungen" ersucht (act. G 1, Ziff. 2 der Anträge). Die gesetzlichen Leistungen umfassen neben der Invalidenrente auch die berufliche Eingliederung. Im Falle der Beschwerdeführerin wären insbesondere ein Anspruch auf eine Arbeitsvermittlung sowie auf eine Umschulung zu prüfen. Beide Ansprüche lassen sich noch nicht beurteilen, da weder geklärt ist, für welche Tätigkeit die Beschwerdeführerin vermittelt werden könnte, noch wie eine geeignete, gleichwertige Umschulung auszusehen hätte. Auch darüber wird die Beschwerdegegnerin nach der Durchführung der weiteren Abklärungen zu befinden haben.

**2.5.** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Die Rückweisung der Sache zur ergänzenden Abklärung und neuen Beurteilung an die Verwaltung ist als volles Obsiegen der Beschwerdeführerin zu werten (BGE 132 V 215 E. 6.2). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten. Diese ist angesichts des durchschnittlichen erforderlichen Vertretungsaufwandes praxisgemäss auf Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 15. März 2017



aufgehoben und die Sache wird zu weiteren Abklärungen und zu anschliessender neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

### **2.**

Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

### **3.**

Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.