



**Fall-Nr.:** IV 2017/295  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.03.2020  
**Entscheiddatum:** 10.12.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 10.12.2019**

**Art. 28 IVG: Gestützt auf die medizinische Aktenlage ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bis zum 31. Dezember 2016 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen ist und ab dem 1. Januar 2017 in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Anspruch auf eine befristete Rente bejaht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Dezember 2019, IV 2017/295).**

#### **Entscheid vom 10. Dezember 2019**

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

IV 2017/295

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roland Zahner, Studer Anwälte AG,  
Hauptstrasse 11a, Postfach 2125, 8280 Kreuzlingen,

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 11. August 2015 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen an (IV-act. 1). Sie hatte sich zu diesem Zeitpunkt in einem Anstellungsverhältnis als Maschinenführerin befunden (IV-act. 12 S. 1 ff. und act. G 4.2.1 S. 9), war jedoch wegen Rückenschmerzen seit dem 22. Januar 2015 immer wieder von verschiedenen Ärzten der B.\_\_\_\_ AG für längere Zeitabschnitte zu 100 % krankgeschrieben worden (IV-act. 12 S. 10 ff.; vgl. ferner act. G 4.2.1 S. 3). Nachdem mehrere Infiltrationen keine nachhaltige Schmerzlinderung verschafft hatten, war im April 2015 eine Kryorhizotomie L5/S1 beidseits durchgeführt worden (vgl. IV-act. 17 S. 6; act. G 4.2.1 S. 5). Seit dem 22. April 2015 war die Versicherte von ihrem Hausarzt med. pract. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, B.\_\_\_\_ AG, mit Ausnahme eines Probearbeitstages zu 100 % arbeitsunfähig befunden worden (IV-act. 12 S. 10 ff.; act. G 4.2.1 S. 43 ff.). Wegen der Schliessung der Produktionsabteilung, in welcher die Versicherte tätig gewesen war, wurde das Arbeitsverhältnis seitens der Arbeitgeberin per 31. August 2015 gekündigt (IV-act. 12 S. 1 und 6).

**A.b.** Vom \_\_. bis \_\_. Oktober 2015 war die Versicherte im Spital D.\_\_\_\_ wegen anhaltender Schmerzen für eine multimodale Schmerztherapie hospitalisiert worden. Im Kurzaustrittsbericht vom \_\_. Oktober 2015 wurden als Diagnosen ein chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom S1 links sowie eine Angst- und Panikstörung genannt und der Versicherten bis am 2. November 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (IV-act. 17 S. 6 f.). Am 29. Oktober 2015 nannten die behandelnden Ärzte [...] des Spitals D.\_\_\_\_ in einem Bericht an die



## St.Galler Gerichte

Krankentaggeldversicherung als Diagnose ein chronisches, lumboradikuläres Schmerzsyndrom. Weiter hielten die Ärzte fest, dass wegen der chronischen Schmerzen, die ihren Anfang ungefähr im Jahr 2012 genommen hätten, eine multimodale Schmerztherapie durchgeführt worden sei. Vom 13. Januar bis 2. November 2015 sei die Versicherte aufgrund der schmerzbedingten Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Eine Reevaluation habe durch den Hausarzt zu erfolgen. Inwiefern andere und ausserberufliche Tätigkeiten zumutbar seien, könne in Unkenntnis der genauen Arbeitsplatzumstände aktuell nicht beurteilt werden (act. G 4.2.2 S. 19 ff.). In einem ausführlicheren Austrittsbericht des Spitals D.\_\_\_\_ vom 13. November 2015 nannten die Ärzte dieselben Diagnosen wie im Kurzaustrittsbericht und attestierten für dieselbe Zeitdauer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Weiter hielten sie in dem Bericht fest, dass eine MRT vom Juli 2015 geringe degenerative Veränderungen der unteren Halswirbelsäule (HWS) und der unteren Lendenwirbelsäule (LWS), jedoch keine Kompression der neuralen Strukturen und keine Myelopathie gezeigt habe (IV-act. 26 S. 5 ff.). Gleichentags führte der regionale ärztliche Dienst (RAD) aus, dass kein adäquates morphologisches Korrelat für die invalidisierenden Schmerzen vorhanden sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht liege daher eine Eingliederungsfähigkeit für körperlich leichte, wechselbelastende und rückschonende Tätigkeiten vor. Es sei von einer 50%igen, im weiteren Verlauf steigerbaren Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 19). Anlässlich eines Assessmentgesprächs vom 3. Dezember 2015 gab die Versicherte an, sich subjektiv nicht arbeitsfähig zu fühlen (IV-act. 25). Am 4. Dezember 2015 berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, dass die Versicherte am 25. November und 4. Dezember 2015 bei ihm vorstellig geworden sei. Sie habe über eine mehrjährige Anamnese von chronischen Schmerzen im Kreuz berichtet und angegeben, ausser Dafalgan keine Schmerzmittel zu vertragen. Es seien mehrere Infiltrationen durchgeführt worden und die Versicherte sei in einem Schmerzzentrum gewesen. Die Massnahmen hätten laut der Versicherten keine Besserung gebracht. Weiter hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass eine MRT der HWS Bandscheibenprotrusionen bis Bandscheibenvorfälle C5/6 sowie C6/7 und die Bilder der LWS etwas Kompression der Nervenwurzel S1 gezeigt hätten, die jedoch schon im Jahr 2013 sichtbar gewesen seien. Er selber könne der Versicherten leider keine sinnvolle Therapie anbieten. Weder sei eine operative Therapie noch das Wiederholen der perkutanen Massnahmen



angezeigt (IV-act. 26 S. 12 f.). Am 22. Dezember 2015 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_ Spezialärztin für Psychiatrie/Psychotherapie FMH, gegenüber der Krankentaggeldversicherung, dass sich die Versicherte seit dem 12. August 2015 in ihrer Behandlung befinde. Die Versicherte habe sich in eigener Regie für die Behandlung angemeldet, da sie nicht imstande sei, die psychosozialen Belastungen wie den Verlust des Arbeitsplatzes, die chronischen Rückenschmerzen und die Erziehung von zwei Jugendlichen alleine zu bewältigen. Als Diagnosen nannte Dr. F.\_\_\_\_ Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion sowie Merkmale einer Persönlichkeitsstörung der Cluster-Gruppe C. Weiter hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest, dass seit Beginn der Behandlung für die angestammte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Aufgrund einer chronischen massiven psychophysischen Erschöpfung bei einer anankastischen Persönlichkeit sei die Versicherte aktuell auch für eine angepasste Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (act. G 4.2.2 S. 9 ff.). Am 23. Januar 2016 gab Dr. med. G.\_\_\_\_, beratende Ärztin der Krankentaggeldversicherung, an, dass aufgrund der von Dr. F.\_\_\_\_ gestellten Diagnose eine vorübergehende Beeinträchtigung der psychischen Funktionen zwar nachvollziehbar sei. Eine längere Arbeitsunfähigkeit lasse sich aufgrund der Diagnose jedoch nicht begründen. Aus psychischen Gründen sei keine Arbeitsunfähigkeit mehr gegeben (act. G 4.2.2 S. 6 f.). In einer Stellungnahme vom 27. Januar 2016 hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, beratender Arzt der Krankentaggeldversicherung, fest, dass zwar degenerative Veränderungen vorhanden seien, sich jedoch die subjektiven starken Schmerzen aufgrund der Diagnosen medizinisch nicht objektivieren liessen. Er ging davon aus, dass in einer rückenadaptierten Tätigkeit ab sofort zumindest eine 50%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sein sollte (act. G 4.2.2 S. 3 f.). Im Februar 2016 gab med. pract. C.\_\_\_\_ an, dass die Beschwerden der Versicherten im Rückenbereich eher zugenommen hätten. Die Schmerzen seien so schwer, dass die Versicherte momentan selbst den Haushalt nur teilweise meistern könne. Ihr sei weder die bisherige noch eine andere berufliche Tätigkeit zumutbar (IV-act. 26 S. 2 ff.). In einem Bericht an die IV-Stelle vom 18. April 2016 ging Dr. F.\_\_\_\_ aus psychiatrischer Sicht noch immer von der Diagnose Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion und Merkmalen einer Persönlichkeitsstörung der Cluster-Gruppe C sowie von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Weiter empfahl sie der Versicherten eine Teilnahme an einer psychosomatischen Rehabilitation (IV-act. 31 S. 2 ff.). In einem Bericht an die



Krankentaggeldversicherung vom 1. Juni 2016 nannte Dr. med. I.\_\_\_\_, Schmerzzentrum des KSSG, als Diagnose ein chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom S1 links. Weiter hielt sie fest, dass eine Wiederaufnahme der Arbeit für die Versicherte aktuell subjektiv unmöglich sei. Eine dezidierte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen der ambulanten Schmerzsprechstunde sei nicht seriös. Die Beobachtung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes sei diesbezüglich sehr viel aussagekräftiger. Da aktuell vor allem Existenz- und Zukunftsängste und eine depressive Symptomatik im Vordergrund stünden, sei in Absprache mit der behandelnden Psychiaterin ein stationärer Aufenthalt in die Wege geleitet worden (act. G 4.2.5 S. 1 ff. und 4.2.7 S. 16 f.). Am 20. Juni 2016 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_ gegenüber der Krankentaggeldversicherung, sie habe von der Versicherten erfahren, dass dieser seitens der [...] des Schmerzzentrums die Installation eines Stimulators zur Besserung der chronischen Rückenschmerzen empfohlen worden sei. Die Versicherte sei von diesem Vorschlag überhaupt nicht begeistert gewesen. Sie sei diesbezüglich in einer psychologischen Abklärung im Schmerzzentrum vorstellig geworden. Der Versicherten sei mitgeteilt worden, dass sie psychisch genügend stabil sei, um diesen Eingriff in Angriff zu nehmen. Die Versicherte habe eine elektrische Stimulation, vorerst ohne Einbau des Gerätes, als Therapieversuch in Anspruch genommen. Es sei jedoch Abstand von dieser Massnahme genommen und der Versicherten nahegelegt worden, eine psychosomatische Rehabilitation zu absolvieren. Weiter hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest, dass die Versicherte keine Psychopharmaka einnehme. Sie habe Angst vor Medikamenten, da sie sehr schlechte Erfahrungen mit Unverträglichkeiten gemacht habe. Aktuell sei die Versicherte sowohl für die angestammte als auch für eine angepasste Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (act. G 4.2.7 S. 13 f.).

**A.c.** Vom 19. Juni bis 15. Juli 2016 nahm die Versicherte an einer Rehabilitation des Rehasentrums J.\_\_\_\_ teil (IV-act. 43 und 46; act. G 4.2.7 S. 6 ff.). Im provisorischen Austrittsbericht vom 15. Juli 2016 wurden folgende Diagnosen genannt: chronisches Schmerzsyndrom Chronifizierungsstadium II nach Gebershagen mit körperlichen und psychischen Faktoren, Distorsion des Fussgelenks rechts vom Mai 2016, diffuse epigastrische Schmerzen unklarer Genese (Sonographie Abdomen vom Juni 2016 ohne Befund bei leichter Splenomegalie, ansonsten bland und isolierte Lipaseerhöhung), Hypokaliämie, ängstlich depressive Symptomatik, Lipaseerhöhung



ohne Hinweise auf pankreatitisches Geschehen, rezidivierende Hyperventilationen, Refluxbeschwerden und Assessments für angstbezogenes Vermeidungsverhalten. Laut dem provisorischen Austrittsbericht wurde die Versicherte aufgrund multipler Analgetikaunverträglichkeiten mit Oxynorm in der Reserve entlassen. Darunter seien die Schmerzen zwar reduziert gewesen, jedoch habe die Versicherte eine vermehrte Müdigkeit beklagt. Weiter wurde der Versicherten im Austrittsbericht bis zum 31. Juli 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 43 und act. G 4.2.7 S. 6 ff.). In einem Versicherungsbericht vom 12. August 2016 nannten die Ärzte des Rehasentrums J.\_\_\_\_ die gleichen Diagnosen wie im provisorischen Austrittsbericht und attestierten für dieselbe Zeitdauer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 46).

**A.d.** Am 3. Oktober 2016 berichtete Dr. F.\_\_\_\_ gegenüber der IV-Stelle, dass der Gesundheitszustand der Versicherten seit dem 18. April 2016 stationär geblieben sei und sich aus psychiatrischer Sicht keine Änderung der Diagnosen ergeben habe. Allerdings seien fünf Knoten in der linken Brust der Versicherten gefunden worden, was zu einer erneuten Destabilisierung der bekannten Angstsymptome sowie der depressiven Antriebs- und Stimmungslage geführt habe. Laut der Versicherten sei am 27. September 2016 eine Operation geplant gewesen; ein schriftlicher Befund liege nicht vor. Aktuell sei es aufgrund der massiven Ängste vor einer möglichen Krebsdiagnose und der eventuellen Kürzung der Taggeldleistungen nicht möglich, psychotherapeutisch einen Zugang zu den Schmerzen zu finden. Die Versicherte fühle sich subjektiv nicht in der Lage, arbeiten zu gehen. Bei gutem Verlauf nach der Entfernung der Knoten wäre es sinnvoll, die Versicherte durch Unterstützung der IV in ein Berufstraining zu integrieren (IV-act. 48 S. 2 ff.).

**A.e.** Am 27. Oktober 2016 erstattete die Begutachtungsstelle PMEDA, Zürich, im Auftrag der Krankentaggeldversicherung ein psychiatrisch-orthopädisches Gutachten (act. G 4.2.8 ff.). Die rheumatologische Untersuchung hatte am 23. August 2016 (act. G 4.2.10 S. 1) und die psychiatrische Exploration am 30. August 2016 stattgefunden (act. G 4.2.8 S. 1). Der psychiatrische Gutachter hatte in seiner Untersuchung keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen können (act. G 4.2.8 S. 13). Der rheumatologische Sachverständige nannte in seinem Teilgutachten eine Haltungsinsuffizienz mit Enthesiopathie der Spina iliaca superior posterior links, eine pseudoradikuläre Schmerzsymptomatik bei Präadipositas, eine residuelle sensible



Störung S1 links nach Kryorhizotomie, eine leichtgradige Handextensorenchwäche rechts sowie einen Verdacht auf eine Aortenklappenstenose (act. G 4.2.10 S. 16). In ihrem polydisziplinären Konsens kamen die Gutachter zum Schluss, dass aus rheumatologischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten über 10 kg gegeben sei. Zudem sollten Tätigkeiten in überwiegend gebückter Haltung und in Zwangshaltung vermieden werden. Auch Tätigkeiten, die überwiegend im Stehen und Gehen erfolgten, sollten aktuell vermieden werden. Realisierbar seien Tätigkeiten in Wechselbelastung mit leichter bis mittelschwerer Hebelbelastung und überwiegend sitzende Tätigkeiten. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maschinenführerin bestehe somit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Auf dem Verweisarbeitsmarkt sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Pensum 50 %, Rendement 100 %) in wechselbelastenden oder überwiegend sitzenden Tätigkeiten gegeben. Therapeutisch seien eine Physiotherapie zur Überwindung der muskulären Dysbalance, Beckenretraktion und aktiven Becken-Rumpf-Stabilisierung sowie eine Gewichtsreduktion zu empfehlen. Zudem sei das Tragen eines Rücken-Braces angeraten. Unter der genannten Therapie sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf ein Pensum von 100 % per Ende 2016 in angepassten Tätigkeiten zu erwarten. Auf psychiatrischem Fachgebiet ergäben sich keine ausreichenden Anhaltspunkte für das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die aktuelle ambulante psychiatrische Behandlung sei vor dem Hintergrund einer nur subsyndromalen psychischen Beeinträchtigung ausreichend und bedürfe keiner weiteren Intensivierung. Eine Integration in das Erwerbsleben sei der Versicherten aus psychiatrischer Sicht gut zuzumuten und insgesamt zu befürworten (act. G 4.2.9 S. 1 f.). Mit Schreiben vom 1. November 2016 reduzierte die Taggeldversicherung ihre Taggelder per 16. November 2016 auf 50 % und stellte sie per 31. Dezember 2016 ein (IV-act. 51). Am 5. Dezember 2016 hielt eine Sachbearbeiterin der IV-Stelle fest, dass bei der Versicherten im Oktober 2016 in der Klinik K.\_\_\_\_ eine Mamma-Operation durchgeführt worden sei. Es habe sich um eine gutartige Zyste gehandelt, die entfernt worden sei (IV-act. 57 S. 1). Am 8. Dezember 2016 bezeichnete der RAD die beiden Teilgutachten sowie die gutachterliche Konsensbeurteilung als sorgfältig erstellt, umfassend und konklusiv. In Ermangelung gravierender Befunde und in Übereinstimmung mit der bisherigen



## St.Galler Gerichte

Beurteilung des RAD sei die Arbeitsfähigkeit seitens der Gutachter in adaptierten Tätigkeiten auf 50 % mit raschem Steigerungspotential geschätzt worden (IV-act. 57).

**A.f.** Anlässlich eines Assessmentgesprächs vom 17. Januar 2017 gab die Versicherte an, sich subjektiv noch immer nicht arbeitsfähig zu fühlen (IV-act. 61). Aus diesem Grund lehnte die IV-Stelle mit Mitteilung vom 26. Januar 2017 das Begehren um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 64).

**A.g.** Mit Vorbescheid vom 1. Februar 2017 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht, da es ihr aus medizinischer Sicht zumutbar sei, eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu 100 % auszuüben (IV-act. 66).

**A.h.** Gegen diesen Vorbescheid wandte die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. M. Kuhn, am 7. April 2017 ein, dass es sich bei dem PMEDA-Gutachten lediglich um ein Parteigutachten handle. Sodann habe sich die prognostische Einschätzung des rheumatologischen Gutachters über den Verlauf der Arbeitsfähigkeit als falsch erwiesen, wie sich aus einem Bericht von med. pract. C.\_\_\_\_ vom 10. März 2017 ergebe. Gemäss med. pract. C.\_\_\_\_ bestehe auch in adaptierten Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ausserdem vermöge das psychiatrische Teilgutachten nicht zu überzeugen. Der psychiatrische Sachverständige habe sich nicht rechtsgenügend mit anderslautenden fachärztlichen Beurteilungen auseinandergesetzt. Überdies sei in der Begutachtung die neurologische Seite vollkommen ausgeblendet worden, weshalb die IV-Stelle zumindest bei Dr. E.\_\_\_\_ einen Bericht einzuholen hätte. Sollte die IV-Stelle nicht auf die Berichte der behandelnden Ärzte abstellen, habe sie eine polydisziplinäre Begutachtung durchzuführen (IV-act. 74). Zusammen mit dem Einwand reichte die Versicherte einen Bericht von med. pract. C.\_\_\_\_ vom 10. März 2017 und einen Verlaufsbericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 8. März 2017 ein. Beide Ärzte waren in den Berichten davon ausgegangen, dass bei der Versicherten auch in adaptierten Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Med. pract. C.\_\_\_\_ hatte in seinem Bericht ferner festgehalten, dass er für eine polydisziplinäre Begutachtung die Fachdisziplinen Rheumatologie, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie vorschlage (IV-act. 74 S. 5 ff.).



**A.i.** Am 26. Juni 2017 hielt der RAD fest, dass die dem Einwand beigelegten ärztlichen Berichte keine neuen medizinischen Informationen, sondern lediglich eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Anbetracht der bekannten Schmerzsymptomatik enthalten würden. Die vorliegenden Unterlagen reichten aus, um die Arbeitsfähigkeiten festlegen zu können. Von einem polydisziplinären Gutachten mit den zusätzlichen Fachdisziplinen Orthopädie und Neurologie sei kein weiterer Erkenntnisgewinn zu erwarten. Der rheumatologische Gutachter habe sich bereits ausführlich den Beschwerden des Bewegungsapparates gewidmet. Hinweise auf eine wesentliche neurologische Pathologie bestünden nicht. In der MRT seien eine Kompression neuraler Strukturen sowie eine Myelopathie ausgeschlossen worden. Klinisch hätten sich weder eine radikuläre Symptomatik noch eine Kraftminderung gezeigt (IV-act. 75).

**A.j.** Mit Verfügung vom 27. Juni 2017 lehnte die IV-Stelle das Rentenbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 0 % ab (IV-act. 76).

### **B.**

**B.a.** Gegen diese Verfügung erhob die durch den gleichen Anwalt vertretene Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 24. August 2017 Beschwerde. Darin beantragte sie, die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 27. Juni 2017 sei aufzuheben und ihr sei ab dem 1. Februar 2016 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1).

**B.b.** In ihrer Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 4).

**B.c.** In ihrer Replik vom 22. November 2017 hielt die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerde gestellten Anträgen fest (act. G 6). Zusammen mit der Replik reichte sie einen Verlaufsbericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 30. August 2017 ein, in welchem diese aus psychiatrischer Sicht die Diagnosen Anpassungsstörungen, längere depressive Reaktion und Merkmale einer Persönlichkeitsstörung der Cluster-Gruppe C genannt hatte. Weiter hatte Dr. F.\_\_\_\_ festgehalten, dass die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Maschinenführerin zu 100 % arbeitsunfähig sei. Für eine ihren



## St.Galler Gerichte

Beschwerden angepasste Tätigkeit bestehe nur eine 20%ige Arbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen mit der eventuellen Möglichkeit zur Steigerung bei gutem Verlauf (act. G 6.1).

**B.d.** Mit Schreiben vom 1. Dezember 2017 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Erstattung einer Duplik und hielt an dem in der Beschwerdeantwort gestellten Antrag fest (act. G 8).

**B.e.** Mit E-Mail vom 2. Dezember 2019 teilte das Sekretariat der Studer Anwälte AG dem Versicherungsgericht auf entsprechende Anfrage mit, dass die Beschwerdeführerin neu von Rechtsanwalt lic. iur. R. Zahner, Kreuzlingen, vertreten werde (act. G 10).

## Erwägungen

### 1.

Im vorliegenden Verfahren strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

### 2.

**2.1.** 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 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 ausgeglichen Arbeitsmarkt definiert. 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). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

**2.2.** Um den Arbeitsfähigkeitsgrad bestimmen 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 dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. 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 bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 f. E. 4.4 und 4.6; bestätigt etwa in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C\_592/2012, E. 5.3). Die Rechtsprechung erachtet sodann Aktengutachten als zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben, sodass der Experte bzw. die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen



ein lückenloses Bild zu verschaffen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. August 2010, 9C\_185/2010, E. 4.1 mit Hinweisen).

### 3.

**3.1.** Zunächst ist zu prüfen, ob aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage der Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht (zum Beweismass siehe BGE 138 V 221 E. 6 und Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2017, 8C\_128/2017, E. 2). Während sich die Beschwerdegegnerin für die Ablehnung des Rentenanspruchs im Wesentlichen auf das PMEDA-Gutachten sowie die Einschätzungen des RAD beruft (vgl. act. G 4), erachtet die Beschwerdeführerin das PMEDA-Gutachten aus verschiedenen Gründen als nicht beweiskräftig (vgl. act. G 1 und 6).

### 3.2.

**3.2.1.** Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass zwingend eine polydisziplinäre Begutachtung hätte durchgeführt werden müssen. Sie sei bei Dr. E. \_\_\_ vorstellig geworden und sei neu auch bei Dr. med. L. \_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, Klinik K. \_\_\_, in neurologischer/neurochirurgischer Behandlung. Für eine rechtsgenügende Begutachtung wäre daher zwingend auch eine neurologische/neurochirurgische Untersuchung angezeigt gewesen. Ausserdem erachte auch med. pract. C. \_\_\_ eine Begutachtung in den Disziplinen Rheumatologie, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie als angezeigt (vgl. act. G 1 S. 5). Demgegenüber stellt sich die Beschwerdegegnerin mit Verweis auf die Stellungnahme des RAD vom 26. Juni 2017 auf den Standpunkt, dass von einem polydisziplinären Gutachten kein weiterer Erkenntnisgewinn zu erwarten sei (act. G 4 S. 6, unten).

**3.2.2.** Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin macht der Umstand, dass sie sich zu einem Neurologen oder Neurochirurgen in Behandlung begeben hat, nicht automatisch eine neurologische bzw. neurochirurgische Begutachtung notwendig, zumal sie trotz Ankündigung in der Beschwerde (vgl. act. G 1 S. 5) bis heute keine Berichte von Dr. L. \_\_\_ eingereicht hat. Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin darauf hingewiesen oder entsprechende ärztliche Berichte eingereicht hätte, wenn Dr. L. \_\_\_ relevante neurologische Befunde festgestellt hätte. Dr. E. \_\_\_ hat in seinem Bericht vom 4. Dezember 2015 jedenfalls keine relevante neurologische Pathologie beschrieben und auch keine Veranlassung dazu gesehen, die Beschwerdeführerin einem Neurologen zuzuweisen. Auch hat er der Beschwerdeführerin keine Therapieoptionen unterbreiten können (IV-act. 26 S. 12 f.).



Auch die Ärzte der Neurochirurgie des KSSG haben für eine von der Beschwerdeführerin beschriebene Beinschwäche kein morphologisches Korrelat finden können (vgl. IV-act. 17 S. 11). Überdies hat der rheumatologische PMEDA-Gutachter die Beschwerdeführerin am Bewegungsapparat eingehend untersucht und auch eine cursorische neurologische Untersuchung vorgenommen. Dabei sind ihm keine für die Arbeitsfähigkeit relevanten Einschränkungen aufgefallen (vgl. act. G 4.2.10 S. 9 ff., vgl. insbesondere S. 15). Auch hat der Gutachter keine Veranlassung für den Beizug eines Neurologen gesehen (vgl. act. G 4.2.10 S. 1 ff.). Sodann hat der RAD in seiner Stellungnahme vom 26. Juni 2017 nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, warum von einer Begutachtung in weiteren Disziplinen keine relevanten Erkenntnisse zu erwarten wären (IV-act. 75 S. 1 f.). Aufgrund dieser Stellungnahme und unter Berücksichtigung der gesamten medizinischen Aktenlage ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin darauf verzichtet hat, eine Begutachtung in weiteren Fachdisziplinen in Auftrag zu geben. Sollte sich zu einem späteren Zeitpunkt eine relevante neurologische oder neurochirurgische Problematik ergeben, steht es der Beschwerdeführerin frei, sich erneut bei der Beschwerdegegnerin zu melden. Aus dem Schreiben von med. pract. C.\_\_\_\_ vom 10. März 2017 ergibt sich ebenfalls nichts anderes. Dieser hat nämlich nicht angegeben, dass er eine polydisziplinäre Begutachtung als zwingend notwendig erachtet. Vielmehr hat er lediglich für den Fall der Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung eine Empfehlung hinsichtlich der zu berücksichtigenden Disziplinen abgegeben. Eine Begründung für seinen Vorschlag hat er allerdings nicht angegeben (act. G 1.3). Insofern vermag der Bericht ebenfalls keine Notwendigkeit für eine weitere Begutachtung darzutun.

**3.3.** Sodann wendet die Beschwerdeführerin gegen die Beweiskraft des Gutachtens ein, dass es auf einer unvollständigen Aktenlage beruhen würde. Der ausführliche Bericht des Rehasentrums J.\_\_\_\_ vom 12. August 2016 habe keinen Eingang in die Vorakten der Gutachter gefunden. Auch der zu Händen der Beschwerdegegnerin erstellte Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 18. April 2016 habe den Gutachtern nicht vorgelegen (act. G 1 S. 6). Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Beschwerdeantwort zu Recht darauf hingewiesen (vgl. act. G 4 S. 5), dass der Bericht des Rehasentrums J.\_\_\_\_ vom 12. August 2016 weder hinsichtlich der gestellten Diagnosen noch hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vom provisorischen Austrittsbericht vom 15. Juli 2016 abweicht (vgl. IV-act. 43 i.V.m. 46). Letzterer hat den PMEDA-Gutachtern jedenfalls vorgelegen (vgl. act. G 4.2.10 S. 7). Es ist nicht ersichtlich, inwiefern der Bericht vom 12. August 2016 den Gutachtern im Vergleich zum provisorischen Austrittsbericht weiteren Erkenntnisgewinn hätte bringen können. Auch ist der Beschwerdegegnerin darin zuzustimmen, dass die Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_



unabhängig von dem Bericht vom 18. April 2016 ausreichend Eingang in die Beurteilung der Gutachter gefunden hat (vgl. act. G 4 S. 5). Denn der Bericht vom 18. April 2016 weicht hinsichtlich der Diagnosen und der attestierten Arbeitsunfähigkeit nicht wesentlich von demjenigen vom 20. Juni 2016 ab (vgl. act. G 4.2.7 S. 13 f. i.V.m. IV-act. 31 S. 2 ff.), welcher den Gutachtern jedenfalls zur Verfügung gestanden hat (act. G 4.2.8 S. 7 f.). Auch sonst ist nicht ersichtlich, inwiefern der Bericht vom 18. April 2016 zu einer anderen Beurteilung hätte führen können.

### 3.4.

**3.4.1.** Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, dass das psychiatrische Teilgutachten der Abklärungsstelle PMEDA nicht überzeuge, da sich der psychiatrische Gutachter insbesondere nicht rechtsgenügend mit anderslautenden fachärztlichen Beurteilungen auseinandergesetzt habe (act. G 1 S. 7). Im Bericht vom 8. März 2017 habe Dr. F.\_\_\_\_ festgehalten, dass auch in einer adaptierten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Sie habe sich kritisch mit dem psychiatrischen Teilgutachten auseinandergesetzt und die Einschätzung, wonach keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen sollte, widerlegt (act. G 1 S. 8). Demgegenüber ist die Beschwerdegegnerin der Ansicht, dass sich der psychiatrische PMEDA-Gutachter rechtsgenügend mit den anderslautenden fachärztlichen Beurteilungen auseinandergesetzt habe (act. G 4 S. 5).

**3.4.2.** Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin hat sich der psychiatrische PMEDA-Gutachter ausreichend mit der anderslautenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Dr. F.\_\_\_\_ auseinandergesetzt (vgl. act. G 4.2.8 S. 12 und 6 ff.), zumal letztere die von ihr gestellten Diagnosen und attestierten Arbeitsunfähigkeiten selber nicht eingehend begründet hat (vgl. act. G 1.5 und 6.1; act. G 4.2.2 S. 9 ff. und 4.2.7 S. 13 f.; IV-act. 31 S. 2 ff. und 48 S. 2 ff.). Es entsteht der Eindruck, dass die von Dr. F.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit zu einem grossen Teil auf dem subjektiven Empfinden sowie einem Überforderungsgefühl der Beschwerdeführerin beruht. In ihrem Bericht vom 12. August 2015 hat Dr. F.\_\_\_\_ beispielsweise festgehalten, dass die Beschwerdeführerin nicht imstande sei, die psychosozialen Belastungen wie den Verlust des Arbeitsplatzes, die chronischen Rückenschmerzen und die Erziehung von zwei Jugendlichen zu bewältigen (act. G 4.2.2 S. 10). Auch der Bericht vom 8. März 2017 erschöpft sich zu grossen Teilen darin, die subjektiven Empfindungen und Probleme der Beschwerdeführerin darzulegen. So ist dem Bericht zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin Schmerzen empfinde, Angst und Besorgnis habe sowie das Gefühl verspüre, unmöglich zurechtzukommen (vgl. act. G 1.5 S. 1). Inwieweit den



seitens der Beschwerdeführerin geäusserten Ängsten Krankheitswert zukommt und inwiefern sie sich auf eine Arbeitstätigkeit auswirken, geht aus dem Bericht kaum hervor (vgl. act. G 1.5). Dr. F.\_\_\_\_ hat darin zwar im Anschluss an die geschilderten Ängste festgehalten, dass die Beschwerdeführerin bei der Bewältigung der alltäglichen Routine sehr eingeschränkt sei, sich oft sehr angespannt fühle und sich kurz vor einem dramatischen Verhalten befinde (act. G 1.5 S. 1). Wie sich die Ängste oder die Anspannung konkret einschränkend auswirken, hat Dr. F.\_\_\_\_ allerdings nicht erläutert. Auch kann dem Bericht nicht entnommen werden, wie sich das beschriebene dramatische Verhalten auswirken kann und worauf es zurückzuführen sein könnte (vgl. act. G 1.5). Weiter wird im Bericht vom 8. März 2017 beschrieben, dass die Beschwerdeführerin sowohl die vorgeschlagene Medikation aufgrund von Unverträglichkeiten abgelehnt als auch der Implantation eines Neurostimulators äusserst ablehnend gegenübergestanden habe (vgl. act. G 1.5 S. 2). Inwiefern die seitens der Beschwerdeführerin vorgetragene Medikamentenunverträglichkeit tatsächlich vorliegt, hat Dr. F.\_\_\_\_ ebenfalls nicht erörtert (vgl. act. G 1.5). Vielmehr ist sie in ihrem Bericht vom 8. März 2017 unter dem Hinweis, eine Schwester der Beschwerdeführerin sei an Schizophrenie erkrankt und die Beschwerdeführerin könne sich nicht erklären, warum man an ihren Schmerzen zweifle, zum Schluss gekommen, dass seit Behandlungsbeginn eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege (act. G 1.5 S. 2). Insofern mutet es seltsam an, wenn Dr. F.\_\_\_\_ die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als eher oberflächlich gehalten einstuft (vgl. act. G 1.5 S. 3). Auch die weitere Kritik am Gutachten, wonach es sie nicht wundere, dass in einem kurzen Gespräch keine Merkmale einer Persönlichkeitsstörung bei der Beschwerdeführerin gefunden worden seien, da diese zum Perfektionismus neige und sich ein Leben ohne Schmerzen nicht vorstellen könne (vgl. act. G 1.5 S. 2), überzeugt nicht. Denn Dr. F.\_\_\_\_ hat nicht angegeben, wie sich ihr die angeblich von ihr entdeckte Persönlichkeitsstörung gezeigt hat und warum diese zu Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit führt (vgl. act. G 1.5). Auch dem seitens des psychiatrischen Gutachters geäusserten Zweifel an der Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion hat sie lediglich ihre Meinung entgegengehalten, dass die Beschwerdeführerin eine umfassende Rückenschmerzenproblematik und eine dementsprechende Arbeitsunfähigkeit entwickelt habe (vgl. act. G 1.5 S. 2). Erneut entsteht der Eindruck, Dr. F.\_\_\_\_ habe sich bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit zur Hauptsache vom subjektiven Befinden der Beschwerdeführerin leiten lassen. Weiter ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass die behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung eher geneigt sein können, zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten auszusagen (BGE 135 V 470 E. 4.5; Urteil des



Bundesgerichts vom 29. Oktober 2014, 8C\_677/2014, E. 7.2). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die von Dr. F. \_\_\_ attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht zu überzeugen vermag. Vielmehr ist entsprechend den nachvollziehbaren und schlüssigen Ausführungen des psychiatrischen PMEDA-Gutachters sowie unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage davon auszugehen, dass sich keine psychiatrischen Leiden mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten plausibel nachvollziehen lassen. Solche Einschränkungen ergeben sich nämlich auch nicht aus den Berichten des Spitals D. \_\_\_, wo die Beschwerdeführerin für eine multimodale Schmerztherapie hospitalisiert worden ist (vgl. IV-act. 17 S. 6 f. und 26 S. 5 ff.; act. G 4.2.2 S. 19 ff.). Zwar ist Dr. F. \_\_\_ darin zuzustimmen (vgl. act. G 1.5 S. 3), dass im Kurzaustrittsbericht des Spitals D. \_\_\_ vom \_\_. Oktober 2015 die Diagnose Angst- und Panikstörung genannt worden ist (vgl. IV-act. 17 S. 6 f.). Aus einer solchen Diagnose lässt sich jedoch nicht automatisch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für optimal adaptierte Tätigkeiten ableiten. Die behandelnden Ärzte des Spitals D. \_\_\_ haben am 29. Oktober 2015 denn auch in erster Linie der schmerzbedingten Einschränkung Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit beigemessen. Dass die Angststörung einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat, ist dem Bericht nicht zu entnehmen. Dazu kommt, dass die behandelnden Ärzte festgehalten haben, dass sie in Unkenntnis der genauen Arbeitsplatzumstände nicht beurteilen könnten, inwiefern der Beschwerdeführerin andere Tätigkeiten und ausserberufliche Tätigkeiten zumutbar seien (act. G 4.2.2 S. 19 ff.). Daraus dürfte abzuleiten sein, dass die Ärzte des Spitals D. \_\_\_ die Beschwerdeführerin für optimal adaptierte Tätigkeiten zumindest teilweise als arbeitsfähig eingeschätzt haben, würde doch das Arbeitsplatzprofil bei einer Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten keine Rolle spielen. Schliesslich ist auch Dr. G. \_\_\_ am 23. Januar 2016 zum Schluss gekommen, dass sich aufgrund der von Dr. F. \_\_\_ gestellten Diagnose keine längere Arbeitsunfähigkeit begründen lasse (act. G 4.2.2. S. 6 f.).

### 3.5.

**3.5.1.** Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, dass zwischen der PMEDA-Begutachtung und dem Verfügungserlass beinahe ein Jahr verstrichen sei und in der Zwischenzeit auch neue Diagnosen und Befunde hinzugekommen seien, welche zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands geführt hätten. Dr. F. \_\_\_ habe im Bericht vom 3. Oktober 2016 die Diagnose TU Mamma links genannt und dazu ausgeführt, dass es im Rahmen der Stanzbiopsie von fünf Knoten in der linken Brust bei seit längerer Zeit bekannten Zysten in beiden Brüsten zu einer neuerlichen Destabilisierung der bekannten Angstsymptome sowie der depressiven Antriebs- und



Stimmungslage gekommen sei (act. G 1 S. 6). Sodann habe sich die rein prognostische Einschätzung des rheumatologischen Gutachters, wonach sie ab Januar 2017 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erlangen würde, als falsch erwiesen. Wie dem Bericht von med. pract. C.\_\_\_\_ vom 10. März 2017 zu entnehmen sei, bestehe auch in einer adaptierten Tätigkeit noch immer keine Arbeitsfähigkeit (act. G 1 S. 7). Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, dass die Gutachter keine prognostische Einschätzung vorgenommen hätten. Vielmehr sei die Steigerung der Arbeitsfähigkeit im Sinne einer schrittweisen Rekonditionierung zu verstehen, die der Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht schon zu einem früheren Zeitpunkt zumutbar gewesen wäre. Auch gehe aus den Akten nicht hervor, dass die Beschwerdeführerin die empfohlenen Therapien in Anspruch genommen habe (act. G 4 S. 3 f. und 6).

**3.5.2.** Allein der Umstand, dass zwischen der Begutachtung und dem Verfügungserlass eine gewisse Zeit verstrichen ist, nimmt dem Gutachten nicht automatisch seinen Beweiswert. Vielmehr kann das Gutachten zusammen mit den anderen sich in den Akten befindenden Berichten durchaus eine genügende Grundlage für die Beurteilung des Rentenanspruchs sein. Entscheidend ist, ob die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Verfügungserlasses gestützt auf die gesamte Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt gewesen ist. Was die Zysten in der Brust betrifft, so ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin diese operativ hat entfernen lassen können. Dabei hat sich herausgestellt, dass es sich um gutartige Zysten gehandelt hat (vgl. IV-act. 57 S. 1). Angesichts der in der Brust der Beschwerdeführerin entdeckten Unregelmässigkeiten ist eine kurzzeitige Destabilisierung des psychischen Zustandes bzw. das Entstehen von Ängsten vor einer allfälligen Krebsdiagnose nachvollziehbar. Inwiefern diese Zysten und die damit einhergehende Operation jedoch nachhaltig zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes geführt haben sollten, nachdem sich die Flüssigkeitseinlagerungen als gutartig herausgestellt haben, ist nicht ersichtlich. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die rheumatologische Prognose einer 100%igen Arbeitsfähigkeit habe sich nicht bewahrheitet, wie aus einem Bericht von med. pract. C.\_\_\_\_ vom 10. März 2017 hervorgehe (act. G 1 S. 7), ist dem entgegenzuhalten, dass dieser Arzt bereits vor der PMEDA-Begutachtung bzw. seit dem operativen Eingriff im April 2015 mit Ausnahme eines Probearbeitstages stets von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen ist (vgl. z.B. IV-act. 12 S. 10 ff. und 26 S. 1 ff.; act. G 4.2.1 S. 43 ff.). Insofern ist seine im Bericht vom 10. März 2017 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit für den Gesundheitsverlauf nicht aussagekräftig.



Dies gilt umso mehr, als er den Grad der Arbeitsunfähigkeit in seinem Bericht vom 10. März 2017 auch nicht begründet hat (vgl. act. G 1.3). Der Verlaufsbericht vom 27. Juli 2017 spricht sich sodann über den Zeitraum nach dem Verfügungserlass aus, weshalb er für das vorliegende Beschwerdeverfahren nicht von entscheidender Bedeutung ist (vgl. act. G 1.4). Die Einschätzung des rheumatologischen PMEDA-Gutachters, wonach im Zeitpunkt der Begutachtung eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, wobei sich diese innert kurzer Zeit steigern lasse, erscheint in Anbetracht der gesamten Aktenlage stimmig und schlüssig. Sie steht nämlich sowohl in Übereinstimmung mit der vom RAD bereits im November 2015 abgegebenen Einschätzung einer 50%igen, steigerbaren Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 19) als auch mit der Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_ vom Januar 2016 (vgl. act. G 4.2.2 S. 3 f.). Zwar ist anzuzweifeln, ob eine ausreichende Gewichtsabnahme innert der vom rheumatologischen Gutachter angesprochenen Zeit realistisch ist (vgl. act. G 4.2.10 S. 18). Angesichts der diagnostizierten Haltungsinsuffizienz scheint eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation unter adäquater Therapie aber durchaus möglich gewesen zu sein (vgl. act. G 4.2.10 S. 16 ff.). Mit Ausnahme der weitestgehend unbegründet gebliebenen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von med. pract. C.\_\_\_\_ (vgl. act. G 1.3 und 1.4) befinden sich denn auch keine Hinweise in den Akten, die belegen würden, dass der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht trotz Befolgung der gutachterlichen Therapieanweisungen keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich gewesen ist. An dieser Stelle ist auch anzumerken, dass die von der Beschwerdeführerin angegebene Medikamentenunverträglichkeit durchaus Fragen aufwirft. So hat med. pract. C.\_\_\_\_ in einem bei der Beschwerdegegnerin am 12. November 2015 eingegangenen Bericht beispielsweise angegeben, dass im Jahr 2012 eine Abklärung wegen des Verdachts auf verschiedene Allergien gegen Medikamente vorgenommen worden sei, sich die Allergien jedoch nicht bestätigen liessen (IV-act. 17 S. 3). Durch die Einnahme geeigneter Medikamente könnte die Schmerzproblematik möglicherweise zusätzlich entschärft werden. Gestützt auf die vorliegende Aktenlage ist jedenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass spätestens ab Januar 2017 in einer optimal angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden hat (vgl. insbesondere act. G 4.2.9). Sollte sich der Gesundheitszustand bereits wieder verschlechtert haben oder später verschlechtern, steht es der Beschwerdeführerin frei, sich erneut bei der Beschwerdegegnerin zu melden.

**3.6.** Die von der Beschwerdeführerin gegen das PMEDA-Gutachten vorgebrachten Einwände erweisen sich nach dem Gesagten als nicht stichhaltig. Vielmehr ist gestützt auf die schlüssigen gutachterlichen Ausführungen sowie die gesamte medizinische Aktenlage anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2017 bis



mindestens zum Erlass der Verfügung vom 27. Juni 2017 in einer optimal angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig gewesen ist (vgl. act. G 4.2.8 ff.; vgl. insbesondere act. G 4.2.9 S. 2). Im Zeitpunkt der Begutachtung und bis zum Ende des Jahres 2016 ist jedoch mit der Beschwerdeführerin davon auszugehen (vgl. act. G 1 S. 4), dass auch in leidensangepassten Tätigkeiten eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hat (vgl. act. G 4.2.9 S. 1 f.). Entgegen der Behauptung der Beschwerdegegnerin kann nicht ohne weiteres angenommen werden, der Beschwerdeführerin wäre es bereits vor der Begutachtung zumutbar gewesen, ihre Dekonditionierung zu überwinden (vgl. act. G 4 S. 4). Vielmehr ist nämlich der RAD in seiner Stellungnahme vom 13. November 2015 von einer 50%igen, im Verlauf steigerbaren Arbeitsfähigkeit ausgegangen (IV-act. 19). Auch Dr. H.\_\_\_\_ hat der Beschwerdeführerin im Januar 2016 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit zugebilligt (act. G 4.2.2 S. 3 f.). Am 8. Dezember 2016 hat der RAD die gutachterliche Konsensbeurteilung sodann als sorgfältig erstellt, umfassend und konklusiv bezeichnet und die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter geteilt (IV-act. 57). Demnach ist gestützt auf das PMEDA-Gutachten davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ab dem Zeitpunkt der Begutachtung noch eine Übergangsfrist benötigt hat, um wieder in den Arbeitsprozess einsteigen zu können (vgl. act. G 4.2.9 S. 1 f.). Offen gelassen haben die PMEDA-Gutachter, ab wann die 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit bestanden hat. Die Beschwerdeführerin hat ihre IV-Anmeldung am 11. August 2015 bei der IV-Stelle eingereicht (IV-act. 1). Der früheste Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG wäre somit der 1. Februar 2016. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG dürfte zu diesem Zeitpunkt bereits verstrichen gewesen sein, da die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit schon ab Januar 2015 arbeitsunfähig gewesen ist (vgl. IV-act. 12 S. 10 ff.; act. G 4.2.1 S. 3). Gestützt auf die Aktenlage ist davon auszugehen, dass die 50%ige Arbeitsfähigkeit zumindest ab dem 1. Februar 2016 bestanden hat. Denn der RAD ist, wie bereits erwähnt, schon im November 2015 vom Bestehen einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen (IV-act. 19). Dr. H.\_\_\_\_ hat der Beschwerdeführerin bereits im Januar 2016 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (act. G 4.2.2 S. 3 f.), während Dr. G.\_\_\_\_ ebenfalls im Januar 2016 davon ausgegangen ist, dass aus psychiatrischer Sicht keine relevante Einschränkung vorliege (act. G 4.2.2 S. 6 f.). Am 29. Oktober 2015 haben die behandelnden Ärzte der Palliativmedizin des Spitals D.\_\_\_\_ zwar eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit attestiert, jedoch angegeben, dass die Arbeitsfähigkeit in einer optimal adaptierten Tätigkeit mangels genauer Angaben zum Anforderungsprofil nicht beantwortet werden könne (act. G 4.2.2 S. 19 ff.). Diese Einschätzung deutet, wie bereits erwähnt, ebenfalls darauf hin, dass zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit bestanden hat, würde doch bei einer vollständigen



Arbeitsunfähigkeit in jedwelcher Tätigkeit dem Arbeitsprofil keine relevante Bedeutung zukommen (vgl. E. 3.4.2). Zwar ist der Beschwerdeführerin im provisorischen Austrittsbericht des Reha zentrums J. \_\_\_ vom 15. Juli 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, jedoch ist dabei nicht angegeben worden, ob sich diese Schätzung auch auf adaptierte Tätigkeiten bezogen hat (vgl. IV-act. 43). Ausserdem ist es gerichtsnotorisch, dass bei stationären Aufenthalten für die Zeit des Aufenthaltes zumeist eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wird. Gestützt auf die gesamte Aktenlage ist nach dem Gesagten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. Februar 2016 bis zum 31. Dezember 2016 zu 50 % arbeitsfähig gewesen ist und ab dem 1. Januar 2017 bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten bestanden hat.

#### 4.

**4.1.** Ausgehend von der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung bleiben die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Dabei ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2). Für den Einkommensvergleich sind grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs entscheidend (vgl. BGE 129 V 222). Massgebend ist somit das Jahr 2016 (vgl. E. 3.6).

**4.2.** Für das Valideneinkommen ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; BGE 135 V 59 E. 3.1 und 139 V 30 E. 3.3.2, je mit Hinweisen). Das durch die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 12 S. 2 i.V.m. S. 7) ermittelte Valideneinkommen von Fr. 50'570.-- ist grundsätzlich nicht zu bestanden (vgl. IV-act. 76 und 77), wobei das Einkommen auf das Jahr 2016 zu indexieren ist (vgl. E. 4.1). Folglich resultiert ein Valideneinkommen von gerundet Fr. 51'003.-- (Fr. 50'570.-- / 2686 x 2709; vgl. Tabelle T 39, Entwicklung der Nominallohne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010-2018, des schweizerischen Bundesamtes für Statistik). Zur Ermittlung des Invalideneinkommens kann auf die Tabelle TA 1 der LSE 2016 abgestellt werden. Für die im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Frauen ergibt sich unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden in einem Arbeitspensum von 100 % ein Jahreslohn von Fr. 54'581.-- (vgl. Anhang 2 der IVG-Gesetzesausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019). Bei den LSE-Daten



handelt es sich allerdings lediglich um statistische Durchschnittswerte, was sich daran zeigt, dass die Beschwerdeführerin im vorliegenden Fall als Gesunde in einem Pensum von 100 % ein unter dem LSE-Wert liegendes Einkommen erzielt hat. Da die Akten keinerlei Anhaltspunkte dafür liefern, dass die Beschwerdeführerin freiwillig auf ein höheres Einkommen verzichtet hat, ist anzunehmen, dass die Unterdurchschnittlichkeit ihres Validenlohns auf die für die Invaliditätsbemessung nicht zu berücksichtigenden Zwänge des realen Arbeitsmarktes zurückzuführen ist. Aus diesem Grund ist das Valideneinkommen auf den LSE-Lohn anzuheben. Da demnach im vorliegenden Fall sowohl hinsichtlich des hypothetischen Valideneinkommens als auch bezüglich des Invalideneinkommens derselbe Lohn für ein Pensum von 100 % zugrunde zu legen ist (vgl. dazu auch IV-act. 76 S. 1), 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). Gründe, die einen Abzug vom Tabellenlohn erforderlich machen würden, sind vorliegend nicht ersichtlich. Bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 50 %, wie er im Zeitraum von Februar bis Dezember 2016 vorgelegen hat, resultiert ein Invaliditätsgrad von 50 % (= 100 % x 50 %) und somit ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 100 % besteht ein Invaliditätsgrad von 0 %, weshalb die Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2017 grundsätzlich keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente hat, wobei die halbe Rente unter Berücksichtigung der Übergangsfrist von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) während dreier Monate weiterhin auszurichten ist. Folglich besteht ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente für den Zeitraum vom 1. Februar 2016 bis 31. März 2017.

### 5.

**5.1.** Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerde teilweise gutzuheissen ist und die Beschwerdeführerin für die Dauer vom 1. Februar 2016 bis 31. März 2017 einen Anspruch auf eine halbe Rente hat. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

**5.2.** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Beschwerdeführerin hat gemessen am Antrag um Zusprache einer unbefristeten ganzen Rente nur in untergeordnetem Ausmass obsiegt. Ihr sind daher ermessensweise 2/3 der Kosten, d.h. Fr. 400.--, aufzuerlegen. Den Restbetrag



von Fr. 200.-- hat die Beschwerdegegnerin zu bezahlen, und der Beschwerdeführerin ist in diesem Umfang der geleistete Kostenvorschuss zurückzuerstatten.

**5.3.** Da die Beschwerdeführerin teilweise obsiegt, hat sie einen reduzierten Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist. Unter Berücksichtigung vergleichbarer Fälle und entsprechend dem Ausmass des Obsiegens rechtfertigt sich vorliegend eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 1'200.--. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin somit mit Fr. 1'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung insofern abgeändert, als der Beschwerdeführerin rückwirkend eine halbe Invalidenrente für die Zeit vom 1. Februar 2016 bis 31. März 2017 zugesprochen wird. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

#### 2.

Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- hat die Beschwerdegegnerin im Umfang von Fr. 200.-- und die Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 400.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 400.-- daran angerechnet und im Umfang von Fr. 200.-- zurückerstattet.

#### 3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.