



**Fall-Nr.:** IV 2019/246  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 29.11.2021  
**Entscheiddatum:** 26.04.2021

### **Entscheid Versicherungsgericht, 26.04.2021**

**Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG; Art. 85bis Abs. 2 lit. b IVV: Bei der Beschwerdeführerin wurde eine Spondylodese vorgenommen und später die Fehllage einer Schraube festgestellt und diese entfernt. Gemäss beweiskräftigem Administrativgutachten sind die auf irreversible Nervenfasern zurückgeführten geltend gemachten Beschwerden nicht konsistent nachgewiesen. Die Verrechnung einer befristeten Rente mit Leistungen der Krankentaggeldversicherer erweist sich aufgrund von deren AVB, die ein eindeutiges Rückforderungsrecht statuieren, als rechters (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. April 2021, IV 2019/246). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_320/2021.**

#### **Entscheid vom 26. April 2021**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), und Corinne Schambeck, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2019/246

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt Manuel Bader, MLaw, Streichenberg Rechtsanwälte,  
Stockerstrasse 38, 8002 Zürich,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin**,

Gegenstand

**Rente / Verrechnung**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 29. März 2009 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die Versicherte war seit 2. Januar 2002 in einem Pensum von 80 % bei der B.\_\_\_\_ in der Kommissionierung erwerbstätig (IV-act. 1; Angaben Arbeitgeberin vom 25. Mai 2009, IV-act. 17).

**A.b.** Bei der Versicherten war am 5. September 2009 eine Repositionsspondylodese L5/S1 und transforaminale lumbale interkorporelle Fusion L5/S1 bei Spondylolisthesis Meyerding Grad II vorgenommen worden (Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen [KSSG], Operationsbericht, IV-act. 37-69, und Austrittsbericht vom 17. September 2008, IV-act. 37-66 f.). Die Klinikärzte hatten zunächst von einem unauffälligen postoperativen Verlauf (Bericht Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG vom 15. Oktober 2008, IV-act. 64 f.) und später von persistierenden tieflumbalen Schmerzen bei längerem Sitzen oder Stehen (Berichte vom 26. November 2008, IV-act. 37-62, und vom 19. März 2009, IV-act. 37-60 f.) berichtet.

**A.c.** Im Arztbericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG vom 8. Juli 2009 wurde festgehalten, es bestünden therapierefraktäre Rückenschmerzen, und eine Repositionsoperation wurde erwogen (IV-act. 24; vgl. auch Bericht vom 20. Oktober



## St.Galler Gerichte

2009, IV-act.39). Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, attestierte gemäss Arztbericht vom 22. August 2009 eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 35 % (IV-act. 27; vgl. auch Arztbericht vom 24. Oktober 2009, IV-act. 37-1 ff.). Die IV-Stelle sprach der Versicherten durch Mitteilung vom 17. September 2009 Massnahmen zum Erhalt des Arbeitsplatzes zu (IV-act. 34). Im Verlaufsbericht vom 23. Januar 2010 hielt Dr. C.\_\_\_\_ eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis 50 % (vier Stunden täglich in der bisherigen und viereinhalb Stunden täglich in einer angepassten Tätigkeit) für möglich (IV-act. 42-1 ff.).

**A.d.** In seinem Gutachten im Auftrag der IV-Stelle vom 31. August 2010 kam Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH (Untersuch 2. Juni 2010, IV-act. 62), zum Schluss, eine Arbeitsunfähigkeit in körperlich leichten, wechselbelastenden und im Wesentlichen rückenadaptierten Tätigkeiten könne aus rheumatologischer Sicht lediglich im Rahmen von etwa 20 % attestiert werden. Die Versicherte benötige über das betriebsübliche Mass hinausgehende Pausen von total 60 bis 90 Minuten zur Durchführung von Dehnungsübungen und Einnahme von Entlastungsstellungen. Aus somatischer Sicht könne mit einer weiteren Steigerung der Leistungsfähigkeit gerechnet werden (IV-act. 62-14).

**A.e.** Vom 15. November bis 11. Dezember 2010 unterzog sich die Versicherte einer stationären muskuloskelettalen Rehabilitationsbehandlung in der Klinik Valens. Die Ärzte beurteilten die Versicherte als ab Austritt für zu Beginn leichte, wechselbelastende und nach weiterem intensiven Training auch für mittelschwere Arbeiten zu 100 % arbeitsfähig (ärztliches Zeugnis vom 11. Dezember 2020, IV-act. 71; Bericht vom 4. Januar 2011, IV-act. 77). Dr. C.\_\_\_\_ attestierte der Versicherten mit Zeugnis vom 3. Februar 2011 eine bereits vor dem 28. Januar 2011 und bis auf Weiteres bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 79).

**A.f.** Am 27. April 2011 wurde die Versicherte in der Klinik für Neurologie des KSSG abgeklärt (Bericht vom 28. April 2011, IV-act. 184). Die Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG hielt im Bericht vom 26. Mai 2011 fest, gemäss CT vom 25. März 2011 liege die L5-Schraube rechtsseitig zu medial und tangiere so den Spinalkanal bzw. die Wurzel rechts. Angesichts dieser neuen Erkenntnis sei der Versicherten klar die Osteosynthesematerialentfernung L5/S1 mit Neurolyse L5 vorgeschlagen worden.



## St.Galler Gerichte

Inwiefern durch die chronische Drucksituation bereits eine Chronifizierung der Beschwerden eingesetzt habe, könne nicht abgeschätzt werden (Befund CT, IV-act. 172; Bericht Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG vom 26. Mai 2011, IV-act. 174). Daraufhin schloss die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung ab (Verlaufsprotokoll Eingliederung, IV-act. 86; Schlussbericht Eingliederungsberater vom 27. Mai 2011, IV-act. 87; Mitteilung vom 5. Juli 2011, IV-act. 93).

**A.g.** Am 11. Juli 2011 erfolgte die vorgeschlagene Osteosynthesematerialentfernung L5/S1 rechts mit Dekompensation/Neurolyse L5 rechts (Operationsbericht, IV-act. 173; Kurzaustrittsbericht Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie vom 15. Juli 2011, IV-act. 123-1 f.).

**A.h.** Nachdem eine Ischialgie rechts persistierte (Bericht Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des KSSG vom 25. November 2011, IV-act. 113), wurde die Versicherte in die Schmerzprechstunde des interdisziplinären Ambulatoriums E.\_\_\_\_ überwiesen, wo ein chronifiziertes neuropathisches Schmerzsyndrom, Chronifizierungsstadium nach Gerbershagen III bei Status nach TLIF L5/S1 mit Schraubenfehlage L5 rechts und Radikulopathie L5 rechts, eine persistierende Ischialgie rechts bei Status nach Osteosynthesematerialentfernung L5/S1 mit Neurolyse L5 rechts sowie eine mittelschwere depressive Episode diagnostiziert wurden (Berichte vom 27. Februar 2012, IV-act. 114-2, vom 29. Mai 2012, IV-act. 117, und vom 2. Juli 2012, IV-act. 125-8). Nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitation in der Klinik F.\_\_\_\_ vom 18. Juli bis 14. August 2012 wurde festgehalten, die Arbeitsfähigkeit betrage weiterhin 40 %, wobei sich eine Aufteilung des Pensums in zweimal zwei Stunden empfehle (Austrittsbericht vom 23. August 2012, IV-act. 125-1 ff.). Eine neuropsychologische Abklärung vom 17. Oktober 2012 in der Klinik für Neurologie des KSSG ergab, im Vordergrund stünden Hinweise für ein unterdurchschnittliches intellektuelles Leistungsvermögen vor allem im Bereich der Verbal-IQ. Es liessen sich leichte bis mittelschwere Störungen der exekutiven Funktionen, der metakognitiven und Selbstregulationsfähigkeiten (desorganisiertes Vorgehen, mangelnder Überblick, erhöhte Anfälligkeit auf äussere Störeinflüsse, vermindertes selektives Denken, deutliche Schwierigkeiten in der selbständigen Aufmerksamkeits- und Handlungsüberwachung) objektivieren (IV-act. 123-6 ff.).



**A.i.** Im Auftrag eines Privatversicherers erfolgte am 13./14. Juni 2013 eine funktionsorientierte medizinische Abklärung (FOMA) durch das Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG (AEH). Diese kam laut Gutachten vom 27. September 2013 (Fremdakten, act. 4) zum Ergebnis, rheumatologischerseits liege eine erhebliche, zumindest mittelgradige Funktionseinschränkung der Lendenwirbelsäule vor. Dies sei nach durchgeführter Spondylodeseoperation L5/S1 auch strukturell nachvollziehbar (Fremdakten, act. 4-4). Aufgrund der Selbstlimitierung bei mehreren Tests könne die Zumutbarkeit gestützt auf die Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) nicht abschliessend beurteilt werden. Diese müsse medizin-theoretisch erfolgen (Fremdakten, act. 4-5). Rheumatologischerseits bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bezogen auf eine Ganztagesarbeit, bei verlängerter Pause zwischen zwei Zweistundenblöcken. Aufgrund der chronischen Schmerzstörung sei eine Möglichkeit der Pensumserhöhung nicht einschätzbar (Fremdakten, act. 4-5).

**A.j.** Die IV-Stelle erteilte einen Auftrag zur polydisziplinären Begutachtung, welcher der Aerztliches Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) Basel zugeteilt wurde (Gutachten vom 14. Oktober 2013, Dr. med. G.\_\_\_\_, Neurologie; Dr. med. H.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. I.\_\_\_\_, Psychiatrie; lic. phil. J.\_\_\_\_, Neuropsychologie; Dr. med. K.\_\_\_\_, Orthopädie; Untersuchungen 1. bis 3. Juli 2013; IV-act. 142-4 ff.). Die Gutachter kamen zum Schluss, die Versicherte sei seit der ersten Operation im September 2008 in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit einer Gewichtsbelastung bis maximal 10 kg zu 80 % arbeitsfähig (ganztägiges Pensum, um 20 % reduziertes Rendement; IV-act. 142-32).

**A.k.** Mit Vorbescheid vom 17. Januar 2014 gewährte die IV-Stelle der Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens (IV-act. 146). Mit Einwand vom 21. bzw. 24. Februar 2014 liess die Versicherte geltend machen, das Gutachten berücksichtige nicht, dass sie infolge der Fehllage einer Schraube, die direkt auf eine Nervenwurzel im Rücken drücke, neuropathische Schmerzen entwickelt habe (IV-act. 148-1, 4; IV-act. 147). Die behandelnde Ärztin im interdisziplinären Ambulatorium E.\_\_\_\_ (Bericht vom 26. Mai 2014, IV-act. 153) sowie die therapierende Psychologin der Klinik für Psychosomatik des KSSG (Bericht vom 29. Juli 2014, IV-act.



159) hielten im Wesentlichen fest, ein Fahrradunfall im Herbst 2013 habe die Versicherte zusätzlich psychisch destabilisiert.

**A.I.** Die Versicherte liess am 31. Oktober 2014 zur Begründung ein Parteigutachten von Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, einreichen (IV-act. 161). Das Gutachten vom 25. Oktober 2014 (Untersuchungen 19. August 2013, 24. Januar 2014 und 8. September 2014; IV-act. 164) erging im Auftrag der Versicherten in Abstimmung mit dem Haftpflichtversicherer des KSSG unter der Annahme, dass die Sorgfaltspflichtverletzungen von diesem "anerkannt" bzw. die am Haftpflichtfall Beteiligten davon ausgingen, dass die Schraubenimplantation und in der Folge die Nichterkennung der klinischen Problematik fehlerhaft gewesen seien (IV-act. 164-1 f.). Der Gutachter legte im Wesentlichen dar, im CT-Bild vom 25. März 2011 zeige sich, dass die Pedikelschraube L5 rechts voll durch den Recessus lateralis (lateral intraspinaler Raum rechts) verlaufe und nicht nur die Wurzel L5 rechts tangiert, sondern diese und weitere Faszikel sowie der annulus fibrosus verletzt worden seien. Dies erkläre die neuropathischen Schmerzen sowie die ausgeprägte Fussheber- und Fussenskerparese (IV-act. 164-12 f.). Die Schmerzen seien eindeutig morphologisch bedingt durch die Schraubenfehlage in Höhe von L5/S1 rechts (IV-act. 164-15). Die Diagnostik des orthopädischen und des neurologischen ABI-Gutachters sei unvollständig, da letztere die Auswirkungen der Läsion der Wurzeln L5 und S1 mit Zerreissung der Nervenhiillen und feinsten Nervenstrukturen nicht richtig gewürdigt hätte (IV-act. 164-30 ff.). Langfristig sei eine Arbeitsfähigkeit von 40 %, bei guter sozialer Betreuung von 50 %, realistisch (IV-act. 164-39 ff.).

**A.m.** RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte in ihrer Stellungnahme vom 1. Juli 2016 aus, dass auf das Gutachten von Prof. L.\_\_\_\_ alleine könne nicht abgestellt werden könne, da bei Schmerzsyndromen grundsätzlich auch eine psychiatrische Begutachtung erforderlich sei (IV-act. 202). Aufgrund dessen gab die IV-Stelle ein weiteres polydisziplinäres Gutachten im Auftrag, welches der PMEDA (Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen) zufiel. Diese hielt im Gutachten vom 3. Januar 2017 (Dr. med. N.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin; Prof. Dr. med. O.\_\_\_\_, Neurologie; Dipl.-Psych. P.\_\_\_\_, Neuropsychologie; Dr. med. Q.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Dr. med. R.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie; Untersuchungen 13, 19. und



20. Oktober 2016; IV-act. 212) fest, es bestehe kein ausreichender Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit mindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nerven-system (IV-act. 212-33). Es bestünden wesentliche Inkonsistenzen (IV-act. 212-57). Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten sowie in jeder vergleichbaren körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts sei mit 100 % einzuschätzen. Dies gelte seit der Korrekturoperation im Jahr 2011. Von 2008 bis 2011 möge eine höhergradige spinal begründete Beeinträchtigung bestanden haben, so dass aus Sicht der Gutachter für diesen Zeitraum auch eine generelle Arbeitsunfähigkeit von 100 % für jedwede Tätigkeit zuerkannt werden könne (IV-act. 212-56 f., 66 f.).

**A.n.** Prof. L.\_\_\_\_ nahm am 19. Januar 2017 im Wesentlichen Stellung zur Entstehung der neuropathischen Schmerzen (IV-act. 227-4 ff.; vgl. dazu auch die Erwägungen).

**A.o.** Mit Vorbescheid vom 8. Februar 2017 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Zusprache einer ganzen Rente mit Wirkung vom 1. Oktober 2009 bis 31. Oktober 2011 in Aussicht (IV-act. 220). Hiergegen liess die Versicherte am 15. März 2017 Einwand erheben (IV-act. 223) und am 16. Juni 2017 einen weiteren Bericht von Prof. L.\_\_\_\_ vom 15. Juni 2017 einreichen (IV-act. 231; IV-act. 233). Danach schätze er die aktuelle Arbeitsfähigkeit der Versicherten in Beruf und Haushalt auf zwischen 20 % und 30 %, wobei zu berücksichtigen sei, dass die Versicherte auf eine Morphin-Medikation angewiesen sei, die zu Müdigkeit und zu einer Einschränkung der Merk- und Konzentrationsfähigkeit führen könne, ganz besonders aber eine Konstanz der psychischen und physischen Belastung fast unmöglich mache (IV-act. 233-11). Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin, Schmerzzentrum KSSG, hielt im ebenfalls mit dem Einwand eingereichten Bericht vom 12. September 2017 fest, die dargestellte Nervenwurzelverletzung könne bei bildgebend nachgewiesener Schraubenfehl-lage mit topografisch bei der Nervenwurzel L5 liegender Schraubenspitze auf diese zurückgeführt werden. Die Entfernung des Spondylodesematerials habe erwartungsgemäss keinen Einfluss auf den Beschwerdeverlauf gehabt, da einmal gesetzte Nervenverletzungen in vielen Fällen irreversibel seien (IV-act. 242).



**A.p.** Die um Stellungnahme ersuchte Gutachterstelle äusserte sich am 18. Oktober 2017. Die von Prof. L.\_\_\_\_ am 19. Januar 2017 erhobenen Befunde würden von den eigenen abweichen und die von ihm angenommene schwerwiegende multiradikuläre Läsion stehe zumindest mit dem gutachterlichen Befund nicht in Einklang. Es sei daher eine Verlaufsbegutachtung erforderlich (IV-act. 240).

**A.q.** RAD-Ärztin Dr. M.\_\_\_\_ nahm am 12. November 2017 Stellung. Gemäss den von Prof. L.\_\_\_\_ erhobenen Befunden hätte es seit Oktober 2014 zu einer deutlichen Verschlechterung kommen müssen, was er aber implizit verneine. Seine Ausführungen seien widersprüchlich und wenig überzeugend. Eine neuerliche neurologische Untersuchung oder Verlaufsbegutachtung sei nicht erforderlich (IV-act. 244). Die Versicherte liess dazu im Rahmen der zweiten Anhörung am 31. Januar 2018 Stellung nehmen. Die Ausführungen von Prof. L.\_\_\_\_ deckten sich mit denjenigen weiterer Ärzte, insbesondere von Dr. S.\_\_\_\_. Die Gutachten der ABI und PMEDA seien nicht verwertbar und aus den Akten zu entfernen (IV-act. 246, 248). Prof. L.\_\_\_\_ berichtete am 12. März 2018 über eine weitere Untersuchung der Versicherten (IV-act. 250). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beschwerte sich am 26. April 2018 über die lange Verfahrensdauer (IV-act. 251). Die PMEDA nahm am 23. Mai 2018 nochmals Stellung: Im Wesentlichen beschreibe das neurologische Gutachten im Befund das fehlende klinische Korrelat für die reklamierten Schmerzen und diskutiere diese nochmals in der Beurteilung. Versicherungsmedizinisch seien nicht die bildmorphologischen, sondern die klinischen Befunde massgebend (IV-act. 256). Am 20. September 2018 berichtete Prof. L.\_\_\_\_ über eine weitere Konsultation der Versicherten (IV-act. 265).

**A.r.** Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, berichtete am 27. November 2019 von den Diagnosen radikulärer Schmerzen S1 links (richtig wohl: rechts) bei transpedikulärer Verschraubung L5/S1 mit Fehlplatzierung der Schraube am 5. September 2008 und Revisionsoperation am 7. November 2011 und eines persistierenden lumbovertebralen radikulären/pseudoradikulären Schmerzsyndroms rechts. Die Versicherte zeige ein chronisches und auch deutlich funktionell überlagertes Schmerzsyndrom der LWS sowie des rechten Beines mit subjektiv sensomotorischer Ausfallsymptomatik (IV-act. 271). RAD-Ärztin Dr. M.\_\_\_\_ kommentierte am 8. Januar 2019, bei der ausführlichen neurologischen Untersuchung bei Dr. T.\_\_\_\_ vom



## St.Galler Gerichte

27. November 2018 sei nicht die Diagnose eines neuropathischen Schmerzes im rechten Bein gestellt worden. Die Schmerzen im rechten Bein seien als radikulär bzw. pseudoradikulär interpretiert worden. Die neurologische Untersuchung von Dr. T.\_\_\_\_ decke sich im Prinzip mit der gutachterlichen Einschätzung der PMEDA (IV-act. 274). Prof. L.\_\_\_\_ berichtete am 27. Februar 2019 von einer erneuten Untersuchung der Versicherten und führte unter anderem aus, die Gutachter hätten die neuropathischen Schmerzen als direkte Folge einer Schädigung oder Erkrankung somatosensorischer Nervenstrukturen im peripheren Nervensystem nicht verstanden und somit nicht anerkannt (IV-act. 285).

**A.s.** Mit Vorbescheid vom 10. April 2019 gewährte die IV-Stelle der Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Zusprache einer ganzen Invalidenrente mit Wirkung vom 1. Oktober 2009 bis 31. Oktober 2011 (IV-act. 288). Dagegen liess die Versicherte am 29. Mai 2019 Einwand erheben und geltend machen, es habe keine Verbesserung stattgefunden und Dr. T.\_\_\_\_ sei zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht beauftragt gewesen (IV-act. 293). Die RAD-Ärztin Dr. M.\_\_\_\_ befand am 29. Juni 2019, aus dem aktuellen Einwand ergäben sich keine neuen medizinischen Erkenntnisse (IV-act. 294).

**A.t.** Am 16. Juli 2019 verfügte die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid. Die Versicherte sei vom 4. September 2008 bis 10. Juli 2011 sowohl in der angestammten als auch in adaptierten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Entsprechend bestehe bei einem Invaliditätsgrad von 100 % vom 1. Oktober 2009 bis 31. Oktober 2011 Anspruch auf eine ganze Rente. Spätestens seit der Korrektionsoperation vom 11. Juli 2011 habe sich der Gesundheitszustand stark verbessert, so dass von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Bei deren Verwertung könne sie auf dem offenen Arbeitsmarkt ein gleich hohes Einkommen erzielen wie bisher (Invaliditätsgrad 0 %). Im Einwand seien keine neuen medizinischen Unterlagen eingereicht worden, die es dem RAD ermöglicht hätten, eine neue Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Auch der Bericht von Dr. T.\_\_\_\_ sei berücksichtigt worden. Mangels neuer objektiver Befunde werde an der bisherigen Beurteilung festgehalten (IV-act. 300, 304).

**B.**



**B.a.** Gegen die Verfügung vom 16. Juli 2019 lässt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt M. Bader, MLaw, Beschwerde erheben mit den Anträgen, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben und es seien ihr Leistungen aus IVG zuzusprechen, insbesondere eine unbefristete ganze Rente über den 31. Oktober 2011 hinaus. Es sei ein Gerichtsgutachten zu ihrer Arbeitsfähigkeit einzuholen. Die Verrechnungen der AXA Versicherungen AG von Fr. 14'823.50 (für Krankentaggeldleistungen [vgl. IV-act. 313]) und der SWICA Gesundheitsorganisation von Fr. 4'842.-- (für Vorschussleistungen [vgl. IV-act. 312]) seien aufzuheben und ihr die Beträge auszuzahlen. Zur Begründung liess sie ausführen, auch aktuell leide sie unter den chronifizierten neuropathischen Schmerzen mit depressiver Störung (eventuell Episode), beides zurückzuführen auf die Schraubenfehlage. Es sei keine Restarbeitsfähigkeit mehr gegeben. Ebenfalls beeinträchtigend wirke sich die seit Jahren bestehende versicherungsrechtliche Situation aus. Es lägen Schmerzen mit nachgewiesenem organischen Korrelat vor (Nervenverletzung), weshalb auf die Beurteilung von Prof. L.\_\_\_\_ und Dr. S.\_\_\_\_ abzustellen und ihr infolge der 100%igen Arbeitsunfähigkeit eine ganze Rente zuzusprechen sei. Eventualiter sei dieser Umstand anhand eines Gerichtsgutachtens nachzuprüfen. Es sei willkürlich, den chronifizierten Schmerzen das organische Korrelat abzuspochen, obwohl eine Nervenverletzung/-kompression aktenkundig sei. Sollte nicht von einem vollinvalidisierenden Schmerz mit organischem Korrelat ausgegangen werden, hätte die Beschwerdegegnerin den Fall nach dem strukturierten Beweisverfahren zu beurteilen und die mehrfach diagnostizierte Depressivität und diese Ressourcenhemmung berücksichtigen müssen. Für die Feststellung, der Gesundheitszustand habe sich nach der Operation vom 11. Juli 2011 stark verbessert, finde sich keine medizinische Grundlage in den Akten. Hingegen fänden sich mehrere Berichte, wonach die Entfernung des Osteosynthesematerials keine Besserung gebracht habe. Es sei folglich willkürlich und widersprüchlich, zuerst vom Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit auszugehen und diese dann, ohne dass es zu einer relevanten Änderung des Sachverhalts gekommen wäre, zu verneinen. Auf das Gutachten der PMEDA könne aus verschiedenen Gründen nicht abgestellt werden. Es seien abwertende Ausdrücke verwendet und die Tragweite der Nervenverletzung und des durch diese verursachten neuropathischen Schmerzes verkannt worden. Dies zeige, dass die Beurteilung der Gutachterstelle einseitig zu Gunsten der Auftraggeber



ausgefallen sei. Das Gutachten sei nicht umfassend und Widersprüche mit den vorhandenen Akten seien nicht diskutiert worden. Die neurologische Untersuchung sei in vielerlei Hinsicht mangelhaft gewesen. Die neurologischen Ausfälle und die Schiefelage des Beckens seien nicht erkannt worden, und die Beschwerdeführerin habe die Kleidung nicht ablegen müssen. Auch dass die Einschätzung der PMEDA einen zurückliegenden Zeitraum betreffe, bedinge, diese zurückhaltend zu gewichten und besonders auf Übereinstimmung mit den echtzeitlichen Akten zu überprüfen. Die PMEDA habe selbst eine Verlaufsgutachtung empfohlen, was nicht erfolgt sei. In Anbetracht der verzögerten Verfahrensdauer und der einschlägigen Rechtsprechung sei ein Gerichtsgutachten einzuholen, sofern nicht auf das Gutachten von Prof. L.\_\_\_\_ und die übrigen Akten abgestellt werde. Die Voraussetzungen für die Rückforderung der AXA Versicherungen AG von Fr. 14'823.50 und der SWICA Gesundheitsorganisation von Fr. 4'842.-- seien nicht gegeben, da keine unterzeichneten Abtretungen vorhanden seien und die Forderungen inzwischen verjährt seien. Eventuell seien die Voraussetzungen eines Härtefalls gegeben und es werde nach Rechtskraft ein Erlassgesuch gestellt (act. G 1).

**B.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 2. Dezember 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führt sie an, einer polydisziplinären Begutachtung durch eine MEDAS komme aufgrund ihrer Aufgabe grösseres Gewicht zu als Einschätzungen behandelnder Ärzte. Das PMEDA-Gutachten sei ausführlich, dessen Schlussfolgerungen zusammen mit der Arbeitsfähigkeitseinschätzung seien in jeder Hinsicht nachvollziehbar, es sei eine fundierte Indikatorenprüfung vorgenommen worden. Die Gutachter seien rechtlich verpflichtet, ihre Beobachtungen während der Untersuchung für die Beurteilung von Inkonsistenzen, aggravatorischem oder gar simulatorischem Verhalten zu schildern, darin liege keine Parteinahme. Die Einwände von Prof. L.\_\_\_\_ seien nicht plausibel, zudem trete er als engagierter Vertreter der Beschwerdeführerin auf. Seine Ausführungen belegten deutlich seine Befangenheit. Auch äussere er sich zu Belangen ausserhalb seiner fachärztlichen Kompetenz. Die Beschwerdeführerin bringe keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vor, die unerkannt geblieben und geeignet seien, zu einer von der PMEDA abweichenden Beurteilung zu führen. Es sei daher ohne weitere Abklärungen auf das Gutachten der PMEDA abzustellen. Die



## St.Galler Gerichte

Verrechnungsforderungen der AXA Versicherungen AG und der Swica habe die verrechnende Stelle lediglich summarisch zu überprüfen. Es reiche aus, dass die Forderung als plausibel erscheine, was vorliegend der Fall sei. Zudem enthielten die jeweiligen AVB der Versicherungen jeweils ein eindeutiges Rückforderungsrecht (act. G 4).

**B.c.** In ihrer Replik vom 20. Januar 2020 lässt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend machen, die Beurteilungen von Dr. D.\_\_\_\_ und des ABI wären anders ausgefallen, wenn ihnen die Schraubenfehlage bekannt gewesen wäre. Es sei der Einschätzung von Prof. L.\_\_\_\_ zu folgen. Der RAD-Ärztin Dr. M.\_\_\_\_ würden die erforderlichen Kenntnisse zur Beurteilung der Nervenwurzelverletzung fehlen. Den Akten lasse sich entnehmen, dass sie starke Schmerzen habe und dies von den Ärzten auch als glaubhaft bezeichnet werde. Die Beschwerdegegnerin nehme zur Verwertbarkeit des ABI- und des PMEDA-Gutachtens nicht Stellung. Die Feststellung, sie erscheine nicht schmerzgeplagt, widerspräche den Akten. Die Begutachtung der PMEDA sei wenig sorgfältig und oberflächlich vorgenommen worden, wofür die Gutachterstelle auch in den Medien bekannt geworden sei. Insbesondere treffe dies auf die neurologische Untersuchung zu. Zudem habe die IV-Stelle das verlangte Verlaufsgutachten nicht eingeholt. Bezüglich der Verrechnungsforderungen liege keine gültige schriftliche Zustimmung vor und die Beschwerdeführerin habe die Verjährungseinrede erhoben (act. G 6).

**B.d.** Die Beschwerdegegnerin verzichtet stillschweigend auf die Einreichung einer Duplik (act. G 8).

## Erwägungen

### 1.

**1.1.** Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind



ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**1.2.** Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 141 V 289 E. 3.2; BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C\_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (BGE 143 V 427 E. 6; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2015, 8C\_673/2014, E. 5.1.1). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.).

**1.3.** Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

**1.4.** Um den Invaliditätsgrad bemessen 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 mit Hinweisen). Die urteilenden



Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 141 V 14 E. 6.3.1; BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (Urteile des Bundesgerichts vom 15. Juli 2020, 8C\_335/2020, E. 4.1, und vom 13. Februar 2019, 8C\_801/2018, E. 4.3; BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb). Es ist eine Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte nicht nur in ihrer Funktion als Hausärzte, sondern auch als spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Dies ist bei der Beweiswürdigung zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C\_295/2017, E. 6.4.2 mit Hinweisen).

**1.5.** Die Rechtsanwender prüfen insbesondere, ob die Ärzte ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 1 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektiver Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG). Recht und Medizin tragen je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten zur Festlegung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 307, E. 5.2.2 f., BGE 144 V 54, E. 4.3). Berücksichtigen die Experten die in BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend, hat ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung auch aus Sicht des Rechtsanwenders Bestand. Andernfalls liegt ein triftiger Grund vor, der rechtlich ein Abweichen davon gebietet (BGE 145 V 368 f., E. 4.3).



**1.6.** Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, Art. 61 N 107).

**1.7.** Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

## 2.

Die Begründung in der angefochtenen Verfügung beruht in medizinischer Hinsicht auf dem Gutachten der PMEDA vom 3. Januar 2017. Im Folgenden ist dessen umstrittene Beweistauglichkeit zu prüfen.

## 3.

**3.1.** Die Versicherte beklagte anlässlich der Begutachtung bei der PMEDA im Oktober 2016 lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein, Taubheit im rechten Vorfuss und gehäufte Krämpfe der rechten Wade. Die Schmerzen strahlten auch nach oben entlang der Brustwirbelsäule aus und es lägen teils auch Schulterschmerzen beidseits vor, gelegentlich bestehe auch eine Schmerzausstrahlung in das linke Bein. Der Schmerzcharakter werde als ziehend beschrieben. Aktuell betrage die Schmerzintensität auf der visuell analogen Skala VAS 9/10. Ferner leide sie unter Schlafstörungen; sie könne teilweise nur zwei Stunden am Stück schlafen und müsse sich dann etwas bewegen, bevor sie sich wieder hinlegen könne. Weiter bestehe eine Gangstörung, sie könne eine Gehzeit von maximal 30 Minuten auf ebenem Gelände zurücklegen, meist müsse sie hinken (IV-act. 212-23, 29, 34 f., 43). Sie könne das rechte Bein kaum heben und müsse es bei Bewegungen mit den Händen passiv anheben (IV-act. 212-28). Der neurologische Gutachter erhob im Befund, die Versicherte habe lieber stehen als sitzen wollen und sich leicht vornübergebeugt mit den Händen auf dem Schreibtisch abgestützt und sei im



Untersuchungsraum auf und ab gegangen (IV-act. 212-29 f.; vgl. auch orthopädische Begutachtung, IV-act. 212-36). Es habe kein konsistent schmerzgeplagter klinischer Eindruck bestanden (IV-act. 212-32). Es finde sich keine Seitendifferenz der Unterschenkel- und Fussmuskulatur. Der Hacken- und Zehenstand sei rechts nicht ausgeführt worden. Die Kraft für die Fusshebung und -senkung habe formal  $4/5$ , für die Grosszehenhebung  $2/5$  und für die Fusspronation und -supination  $2/5$  betragen. Der Achillessehnenreflex (ASR, Anmerkung: betrifft den Fussheber, M. triceps surae) sei rechts leicht abgeschwächt, links mittellebhaft. Der Adduktorenreflex (AdR, auch ADR) und der Patellarsehnenreflex (PSR, Anmerkung: betrifft den Fussheber, M. tibialis anterior) seien seitengleich mittellebhaft (IV-act. 212-31). Das hiesige MRI der LWS (vom 20. Oktober 2016, IV-act. 212-74) belege einen objektiv guten postoperativen Zustand und weise keine Kompression nervaler Strukturen aus (IV-act. 212-34). Der orthopädische Gutachter hielt fest, die Beschwerdeführerin beklage durch Haltungskonstanz verstärkte lumbale und lumboschialgieforme Schmerzen rechts. Er erhob unter anderem Klopf- und Druckschmerzen im lumbosakralen Übergang über den Dornfortsätzen, eine subjektive Druckdolenz der lumbosakralen Muskulatur einschliesslich Beckenkämme, betont über dem Glutaeus medius rechts (IV-act. 212-36). Die aktive Beweglichkeit des Rumpfes werde in allen Ebenen eingeschränkt und zögerlich dargeboten. Bei endgradiger Rumpfbeugung stütze sich die Beschwerdeführerin an den Beinen bzw. einem Stuhl ab. Rotation, Lateralflexion und die weiteren Bewegungsproben des Rumpfes seien nicht kooperiert bzw. durch frühzeitige aktive Gegenspannung limitiert worden. Es seien dabei keine ausstrahlenden Beschwerden ausgelöst worden (IV-act. 212-37). Das Gangbild sei leicht rechts akzentuiert mit verkürzter Schrittlänge, jedoch bestehe kein namhaftes Hinken. Der Zehenspitzen- und Fersengang sei rechts nicht ausgeführt worden, die Muskulatur sei seitengleich ausgeprägt (IV-act. 212-39). Es werde ein passiver Dehnungsschmerz der Achillessehne angegeben. Die passive Funktionsprüfung des Sprunggelenks sei durch aktive willentliche Gegenspannung limitiert (IV-act. 212-40). Der ASR und der PSR seien beidseits erhältlich (IV-act. 212-41), die Kraft der Fussheber- und -senkerfunktion gegen Widerstand sei vermindert, bei fehlender Atrophie aber nicht plausibel. Die Fusssohlen seien seitengleich beschwielt (IV-act. 212-41).

**3.2.** Prof. L.\_\_\_\_ konstatierte bei seinen lediglich kurze Zeit nach der PMEDA-Begutachtung durchgeführten Untersuchungen vom 12. Dezember 2016 und 16. Januar 2017 eine komplette Fussheber-, Grosszehenstrecker- und Fussheberparese und weitere Funktionsausfälle bis in den Oberschenkel rechts (IV-act. 227-7 f.). Im Bereich der unteren Extremitäten seien die Eigenreflexe rechts



erloschen, links deutlich abgeschwächt. Es bestehe eine ausgedehnte Hypästhesie und Hypalgesie für den gesamten Fussrücken rechts und eine Anästhesie für die laterale Fusseite rechts. Im Unterschenkelbereich bestehe eine deutliche Differenz zwischen rechts und links in der Wahrnehmung von spitz und stumpf, die sich auch bei den Dermatomen im Oberschenkelbereich auf der ventralen Seite fortsetze (IV-act. 227-12). Wegen der kompletten Fussheber- und Fussenkerparese komme es zu einem zirkumduzierenden Gang. Ein Abrollen auf der Fusssohle sei rechts nicht möglich (IV-act. 227-11). Wie bei früheren Untersuchungen klage die Beschwerdeführerin über brennende Schmerzen im rechten Bein, die vom Rücken über die rechte Gesässhälfte ausstrahlten und sich über den Ober- und Unterschenkel bis auf die rechte Seite des rechten Fusses fortsetzten. Sie schildere ein brennendes Gefühl, als ob Strom durch ihr Bein geleitet würde; deshalb sei es ihr so gut wie nicht möglich, für längere Zeit zu sitzen. Es bestehe ein ständiges Unruhegefühl im ganzen Körper; nachts gehe sie im Haus umher, weil sie nicht einschlafen könne (IV-act. 227-10). Eine besonders ausgeprägte Druckdolenz finde sich im Bereich des M. gluteus, der rechts nicht in gleicher Weise wie links innerviert werde, sodass in Bauchlage ein deutliches unterschiedliches Muskelrelief der Glutealseiten zu Ungunsten von links (richtig wohl: rechts) auffalle. Das gestreckte rechte Bein könne bei Rückenlage kaum von der Unterlage angehoben werden. Auch bei der Untersuchung der Unterschenkelfunktion rechts bestehe eine erhebliche Krafteinschränkung. Am 13. Februar 2018 erhob Prof. L.\_\_\_\_ weitgehend dieselben Beschwerden und Befunde (vgl. IV-act. 250-2). Die Plantarflexion (Anmerkung: Beugung Richtung Fusssohle) der Zehen und des Fusses rechts und die Innervation der Fussenker- und -heberfunktion bzw. der Wurzeln L5 und S1 seien nicht gelungen. ASR und PSR seien beidseits erloschen, selbst unter Bahnung hätten sich an den Beinen keine Reflexe auslösen lassen (IV-act. 250-4). Bei der Untersuchung vom 20. August 2018 stellte Prof. L.\_\_\_\_ im Vergleich zur Voruntersuchung deutlich ausgeprägtere skoliotisch bedingten Bewegungsschmerzen und eindeutige Verspannungen im Schulterbereich fest, die sich entlang der Wirbelsäule nach kaudal bis zum thorako-lumbalen Übergang und bis nach lumbo-sakral fortsetzten. In Bauchlage erkenne man eine deutliche Minderinnervation der Gluteus-Muskulatur, auch deren Muskeltonus sei reduziert; bei seitengleicher Innervation sei nur eine geringere Anspannung der Muskulatur rechts zu erkennen. Die Beuge- und Lateralflexion sei zu Ungunsten rechts eingeschränkt. Motorisch sei auch die Unterschenkelfunktion rechts eingeschränkt. Die Unterschenkelstreckung rechts werde mit (erheblich reduziertem Kraftgrad von) M2/5 beurteilt (IV-act. 265-5). Der Befund vom 18. Februar 2019 entspreche wieder weitestgehend jenem der Voruntersuchungen (vgl. IV-act. 285-4 f.). Trotz Einsatz aller Techniken hätten die Muskeleigenreflexe der



unteren Extremität - bis auf einen kaum erkennbaren ASR - wiederum nicht ausgelöst werden können (IV-act. 285-5).

#### 4.

**4.1.** Im Vergleich der Befunde ist zusammenfassend festzustellen, dass Reflexe und Kraftentfaltung im rechten Bein, insbesondere im Zusammenhang mit der Fusshebung und Fussenkung, gemäss den Gutachtern der PMEDA deutlich weniger eingeschränkt sind als gemäss Prof. L.\_\_\_\_. Weiter fällt auf, dass die Beschwerdeführerin bei Prof. L.\_\_\_\_ brennende und einschiessende und anlässlich der Begutachtung bei der PMEDA ziehende Schmerzen schilderte.

**4.2.** Der neurologische und der orthopädische Gutachter schliessen eine bedeutende Kraftminderung der Fussheber und -senkerfunktion vor allem aus, weil die Muskulatur im Vergleich zwischen den Beinen eine Inaktivitätsatrophie als nicht plausibel bzw. als unwahrscheinlich erscheinen lasse (IV-act. 212-31, 39, 41) und weil die Fusssohlen gleichmässig beschwielert seien (vgl. IV-act. 212-12). Es bestehe keine Parese des Kennmuskels von L5 und die gezeigten Bewegungsstörungen umfassten die Kennmuskeln für L4, L5 und S1; das gesamte neurologische Bild sei also topisch unschlüssig (IV-act. 212-71). Auch die MRI-Untersuchung vom 19. Oktober 2019 (IV-act. 212-74) lasse keine gravierende Auffälligkeit objektivieren, es bestehe ein reizloser postoperativer Zustand. Schliesslich sei das Führen eines PKW mit einer Störung der Motorik des rechten Beins nicht in Einklang zu bringen (IV-act. 212-42). Die dargebotene motorische Störung des rechten Beins bleibe (somit) ohne plausible neurogene Ursache, ein nachvollziehbares nervales Defizit sei nicht zu erheben gewesen (IV-act. 212-34, 42).

**4.3.** Der orthopädische Gutachter fügte bei, die gezeigte Kraftentfaltungsstörung der Fusshebung und -senkung liesse sich nur im Kontext mehrerer Spinalnervenzellläsionen (hier von L4 bis S1) oder des Nervus ischiadicus erklären. Die erhaltenen Kennreflexe für L4 und S1, robuste objektive und weitgehend kooperationsunabhängige, sensitive Parameter, und die fehlende Atrophie der Kennmuskulatur sowie die seitengleiche Beschwielung der Fusssohlen machten dies jedoch hochgradig unwahrscheinlich (IV-act. 212-42). Damit diskutiert der Gutachter letztlich die Argumentation von Prof. L.\_\_\_\_: Dieser legte im Wesentlichen dar, im CT-Bild vom 25. März 2011 zeige sich, dass die Pedikelschraube L5 rechts voll durch den Recessus lateralis (lateraler intraspinaler Raum rechts) verlaufe und somit nach den anatomischen Gegebenheiten nicht nur die Wurzel L5 rechts tangiere, sondern mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit diese auch über ihre Durahülle hinaus verletzt



habe, was die ausgeprägte Fussheberparese und die neuropathischen Schmerzen erkläre. Da auch eine fast komplette Fusssenkerparese bestehe, seien mit derselben hohen Wahrscheinlichkeit auch weitere Faszikel mitverletzt worden (IV-act. 164-12 f.). Durch den Eintritt der scharfen Gewinde in den Spinalkanal L5/S1 sei es zu erheblichen Verletzungen der Wurzeln L5 und S1 rechts gekommen. Nach den klinisch-neurologischen Ausfällen seien weitere intradurale Nervenfasern betroffen, die zusätzlich in höheren Segmenten bis mindestens L3 rechts zu sensiblen motorischen Ausfällen am rechten Bein geführt hätten (IV-act. 227-4). Sowohl nach den motorischen Ausfällen und sensiblen Störungen sowie nach den Ergebnissen der fehlenden Differenzierung zwischen kalt und warm zu Ungunsten rechts an den Beinen müsse von einer Schädigung der sensiblen Hinterwurzeln und motorischen Vorderwurzeln von S1/2 rechts, L5 rechts bis zu den Wurzeln L3/4 rechts ausgegangen werden, wobei bei neuropathischen Schmerzen auch von einer Läsion der intraduralen Nervenstrukturen und der Hinterhörner auszugehen sei. Folglich würden auch die schmerzmodulierenden und -kontrollierenden Faktoren im Rückenmark und im Gehirn selbst ausfallen, was zu den von der Beschwerdeführerin beklagten neuropathischen Schmerzen führe. Durch die Auswirkung auf die höheren Zentren der Thalamus- und Grosshirnrinde (transneurale Degeneration) werde die Symptomatik mit der Zeit grösser und vielfältiger als sie alleine durch die primäre Läsion der Wurzel L5 rechts verursacht gewesen sei (Deafferenzierung des Hinterhorns; IV-act. 227-12; vgl. zum Ganzen auch die Bericht vom 15. Juni 2017, IV-act. 233, und vom 27. Februar 2019, IV-act. 285).

**4.4.** Mit Bezug auf das ABI-Gutachten ist vorab zu bemerken, dass sich die Frage nach dessen Beweistauglichkeit erübrigt, nachdem die Begründung in der angefochtenen Verfügung auf dem später verfassten PMEDA-Gutachten beruht. Gleichwohl kann dazu erwähnt werden, dass das MRI der LWS vom 17. März 2011 mit Befund der in den Spinalkanal führenden Pedikelschraube L5 den ABI-Gutachtern bekannt war (vgl. IV-act. 142-19) und dass der neurologische Gutachter diese Bildgebung beurteilend festhielt, der Spinalkanal sei weit, und - soweit bei nicht schön axialem Schnitt beurteilbar - finde sich keine Wurzelkompression (IV-act. 142-25). Unabhängig davon besteht kein Grund, die klinischen Befunde der ABI-Gutachter nicht im Verlauf und vergleichend zu berücksichtigen. Der neurologische Gutachter des ABI erhob am 2. Juli 2013 symmetrisch schwache ADR und symmetrisch schwache bis mittellebhafte ASR und beidseits nicht auslösbare TPR sowie bei der formalen Kraftprüfung eine vollständige Plegie für die Fusshebung und Fussenkung auf der rechten Seite (IV-act. 142-23). Das Gangbild zeigte ein massives Schon-/Entlastungshinken (IV-act. 142-25, 42), wobei der orthopädische Gutachter festhielt, die Treppenbenutzung sei zügig im Wechselschritt erfolgt (IV-act. 142-17) und der neurologische Experte



anmerkte, beim Gehen seien gute Anspannungen sowohl der Tibialis anterior- wie auch der Achillessehne rechts und kein Steppern zu beobachten gewesen. Der Befund der Plegie sei daher als klar funktionell zu beurteilen, jedoch sei aufgrund des andauernden und positionsunabhängigen Schmerzcharakters von einer neuropathischen Komponente auszugehen bzw. könne eine solche nicht ausgeschlossen werden (IV-act. 142-25). Auch Prof. L.\_\_\_\_ erhob bei seinen ersten Untersuchungen zu seinem Gutachten vom 25. Oktober 2014 noch schwache und seitengleiche Muskelreflexe an den unteren Extremitäten, obwohl er bereits damals eine komplette Parese rechts für die Fusshebung, Fussesenkung, Zehenstreckung sowie die In- und Eversion konstatierte (IV-act. 164-23 f.). Bereits in diesem Zeitpunkt überzeugen die von Prof. L.\_\_\_\_ getroffenen Feststellungen nicht. Übereinstimmend damit hielt die RAD-Ärztin Dr. M.\_\_\_\_ in ihrer viel später ergangenen Stellungnahme vom 12. November 2017 plausibel fest, ein plötzlicher Ausfall sämtlicher Eigenreflexe des rechten Beines zwischen der PMEDA-Begutachtung im Oktober 2016 und den Untersuchungen durch Prof. L.\_\_\_\_ am 12. Dezember 2016 und 16. Januar 2017 sei aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar (IV-act. 244). Dies bestätigte sich nachträglich insofern, als Dr. T.\_\_\_\_ anlässlich seiner Untersuchung am 26. November 2018 den wiederum AdR, PSR und ASR seitengleich und schwach auslösbar und ein ausgeprägtes hinkendes Gangbild rechts mit Nachziehen des rechten Fusses am Boden ohne Steppergang beschrieb (Bericht vom 27. November 2018, IV-act. 271-3).

**4.5.** Zusammenfassend begründet Prof. L.\_\_\_\_ zwar plausibel die Verletzung der Nervenwurzeln und weiterer nervaler Strukturen als Ursache der geltend gemachten Beschwerden und von ihm erhobenen Befunde. Indes finden sich nach dem Gesagten Hinweise, dass die Schwäche im rechten Bein nicht derart ausgeprägt ist wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht und von Prof. L.\_\_\_\_ festgehalten. Im Gegensatz dazu haben die Gutachter des ABI, der PMEDA sowie Dr. T.\_\_\_\_ wie auch Prof. L.\_\_\_\_ selbst noch 2014 seitengleiche Reflexe erhoben. Auch elektrophysiologisch konnte eine Parese nicht nachgewiesen werden, da die Beschwerdeführerin die Untersuchung schmerzbedingt mehrfach nicht tolerierte (Bericht Klinik für Neurologie des KSSG vom 28. April 2011, IV-act. 184; Gutachten ABI vom 14. Oktober 2013, IV-act. 142-24; Bericht Dr. S.\_\_\_\_ vom 12. September 2017, IV-act. 242; Bericht Dr. T.\_\_\_\_ vom 29. November 2019, IV-act. 271). Sodann ist die geltend gemachte rechtsseitige Fussheber- und Fusseskerparese nachvollziehbar diskrepant zur fehlenden Atrophie, zum flüssigen Begehen von Treppen, zur gleichmässigen Beschwiellung beider Fusssohlen und zur Fähigkeit, ein Auto zu fahren. Demnach ist mit dem PMEDA-Gutachten davon auszugehen, dass die geltend gemachten Beschwerden zu einem wesentlichen Teil nicht durch ein organisches Korrelat begründet werden können.



### 5.

Dem psychiatrischen Gutachter schilderte die Beschwerdeführerin, sie könne sich teils noch freuen und lachen, die Stimmung sei aber durch die Schmerzen belastet. Antrieb und Motivation seien vorhanden, jedoch fühle sie sich häufig müde und insgesamt deutlich weniger belastbar. Ihre phasenweise Dünnhäutigkeit und Reizbarkeit hätten sich zwischenzeitlich deutlich gebessert. Termine mit der Psychiaterin fänden nur noch "bei Bedarf" statt (IV-act. 212-43 f.). Sie treffe sich alle zwei Monate mit Freundinnen und pflege Kontakt zu ihren vier Geschwistern (IV-act. 212-29, 45). Der psychiatrische Gutachter erhob einen unauffälligen Befund nach AMDP, aufgrund dessen keine namhaften Beeinträchtigungen zu objektivieren seien. Er schloss insbesondere das Vorliegen einer die Arbeitsfähigkeit einschränkenden somatoformen Schmerzstörung aus, da ein den Schmerzen zugrundeliegender unbewältigter, erheblicher seelischer Schmerz oder psychosozialer Konflikt nicht herauszuarbeiten sei und weil die Beschwerdeführerin nicht schmerzgeplagt gewirkt habe (IV-act. 212-49). Im ABI-Gutachten vom 14. Oktober 2013 war der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zwar unter anderem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.51) diagnostiziert worden, jedoch wurde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht angenommen (IV-act. 142-15). Unauffällig waren sodann auch die Beobachtung und die Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärung (IV-act. 212-52 f., 55 f.). In der neuropsychologischen Untersuchung im Rahmen des ABI-Gutachtens war eine leichte neuropsychologische Störung infolge von Schmerzen und Interferenz von morphinhaltigen Medikamenten festgestellt worden, welche vor allem zu einer Verlangsamung führe und die Arbeitsfähigkeit um 10 % einschränke (IV-act. 142-30). Die in einer ersten neuropsychologischen Abklärung vom 18. Oktober 2012 erhobenen unterdurchschnittlichen Leistungen im Bereich der Verbalintelligenz und mittelschweren Störungen der exekutiven Funktionen (IV-act. 123-6 ff.) konnten somit zweimalig nicht bestätigt werden. Hinsichtlich der Persönlichkeit wurde lediglich anlässlich der neuropsychologischen Abklärung vom 18. Dezember 2012 festgehalten, es falle eine sehr ängstliche und unsichere Persönlichkeit auf (IV-act. 123-6 ff.). Ansonsten wurde eine Akzentuierung oder Störung der Persönlichkeit laut den vorliegenden Akten nie diskutiert oder diagnostiziert. Zur Konsistenz der geklagten Schmerzen ist anzuführen, dass die Beschwerdeführerin trotz angegebener hoher Schmerzintensität nicht namhaft schmerzgeplagt wirkte (IV-act. 212-49, so auch der internistische, IV-act. 212-27, und der neurologische Gutachter, IV-act. 212-32, und bereits viel früher der Eingliederungsberater, vgl. IV-act. 86-5). Auch die in den somatischen Gutachten diskutierte fehlende Inaktivitätsatrophie und die gleichmässige



Sohlenbeschwiellung sprechen gegen dauerhafte schwere Schmerzen, unabhängig davon, ob deren Ursprung organisch ist oder nicht. Nicht zuletzt könnte die Beschwerdeführerin eine Verbesserung der von ihr geltend gemachten Schmerzsituation durch eine Anpassung der Medikation erreichen (vgl. die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters zur Opiat-Medikation, IV-act. 212-49, sowie jene in der Konsensbeurteilung, IV-act. 212-60).

### 6.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das PMEDA-Gutachten abgestellt. Das Gutachten äussert sich in genügendem Ausmass zu den nach dem strukturierten Beweisverfahren massgeblichen Indikatoren. Was die von der Beschwerdeführerin angeführte Einseitigkeit zu ihren Ungunsten anbelangt, werden zwar Ausdrücke verwendet, die auch als auf eine Voreingenommenheit hindeutend interpretiert werden könnten, so etwa "darbieten" oder "kooperieren". Solche finden sich in Administrativgutachten immer wieder. Diesbezüglich ist auch auf die Rechtsprechung hinzuweisen, wonach sich für die Annahme des Vorliegens einer Befangenheit die konkrete Begutachtung betreffende Umstände bedarf (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2020, 9C\_25/2020, E. 5.1.2.2). Weiter protokollierte der internistische Gutachter ein betont langsames An- und Auskleiden der Beschwerdeführerin (IV-act. 212-26). Der neurologische und der orthopädische Gutachter notierten die Narbe der Operationen im Befund (IV-act. 212-31; IV-act. 212-36), und es wird eine seitengleiche Beschwiellung der Fusssohlen beschrieben (IV-act. 212-39). Demnach erscheint das Vorbringen der Beschwerdeführerin, sie habe Kleider und Schuhe für die Begutachtung nicht ausziehen müssen, nicht plausibel. Retrospektiv attestierten die Gutachter für die Zeitspanne zwischen den Operationen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 212-57) aufgrund einer höhergradigen spinal begründeten Beeinträchtigung, was einleuchtet. Somit ist auf das PMEDA-Gutachten abzustellen und bis zur zweiten Operation eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und danach eine volle Arbeitsfähigkeit anzunehmen.

### 7.

Die Beschwerdegegnerin legte den Beginn des befristeten Anspruchs auf eine ganze Rente gestützt auf Art. 29 IVG und die bei ihr am 1. April 2009 eingegangene Anmeldung auf den 1. Oktober 2009 fest. In Anbetracht von Art. 29 Abs. 3 ATSG, wonach der Zeitpunkt der Postübergabe bzw. Einreichung beim Versicherungsträger ausschlaggebend ist, kann in der IV nicht mehr an der Massgeblichkeit des Zeitpunkts des Posteingangs festgehalten werden (Kieser, a.a.O.,



Art. 29 N 37 f.). Fristauslösend ist daher die noch im März 2009 erfolgte Postaufgabe. Der befristete Anspruch besteht daher bereits ab 1. September 2009. Insoweit ist die angefochtene Verfügung zu korrigieren.

### 8.

Abschliessend bleibt über die Verrechnung der Rentennachzahlung mit ausgerichteten Taggeldern der SWICA Gesundheitsorganisation und der AXA Versicherungen zu befinden.

**8.1.** Die SWICA als Taggeldversicherer gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) ersuchte am 24. Juni 2009 (IV-act. 21) und die AXA Winterthur als Kollektivtaggeldversicherer nach VVG am 19. Januar 2010 (IV-act. 41) die IV um Verrechnung bzw. Auszahlung der Rentennachzahlung in der Höhe von ihrerseits erbrachten Leistungen. Die SWICA bezifferte ihre Rückforderung für vom 1. Oktober 2009 bis 31. Dezember 2009 ausbezahlte Taggelder auf Fr. 4'842.-- (IV-act. 312-5) und die AXA Winterthur beantragte Verrechnung von zwischen dem 1. Januar und 13. Oktober 2010 geleisteten Taggeldern im Umfang von Fr. 14'823.50 (IV-act. 313). Die Verrechnungen wurden gemäss angefochtener Verfügung vom 16. Juli 2019 gutgeheissen (IV-act. 300-3). Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, es fehle an einer Abtretungserklärung und die Forderungen seien inzwischen verjährt (act. G 1-16). Die Beschwerdegegnerin bringt vor, sie habe den Verrechnungsantrag nur summarisch zu überprüfen. Zudem sei gerichtsnotorisch, dass die entsprechenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) jeweils ein eindeutiges Rückforderungsrecht statuierten (act. G 4). Die Beschwerdeführerin wendet ein, das Verrechnungsrecht sei nicht eindeutig, da sie die Verjährungseinrede erhoben habe. Es obliege nicht ihr, den Nachweis der fehlenden Eindeutigkeit zu erbringen (act. G 6-4 f.).

**8.2.** Gemäss Art. 22 Abs. 1 lit. b ATSG können Nachzahlungen von Leistungen des Sozialversicherers einer Versicherung, die Vorleistungen erbringt, abgetreten werden. Für das Invalidenversicherungsrecht verweist Art. 50 Abs. 2 IVG auf Art. 20 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10); dessen lit. c sieht unter anderem die Verrechnung fälliger Leistungen mit der Rückforderung von Taggeldern der Krankenversicherung vor. Krankenversicherungen, welche im Hinblick auf eine Rente der Invalidenversicherung Vorschussleistung erbracht haben, können verlangen, dass die Nachzahlung dieser Rente bis zur Höhe ihrer Vorschussleistung verrechnet und an sie ausbezahlt wird. Als Vorschussleistung gelten unter anderem vertraglich oder aufgrund eines Gesetzes erbrachte Leistungen,



soweit aus dem Vertrag oder Gesetz ein eindeutiges Rückforderungsrecht infolge der Rentennachzahlung abgeleitet werden kann (Art. 85<sup>bis</sup> Abs. 1 und Abs. 2 lit. b IVV). Es handelt sich hierbei um Drittauszahlungen von Nachzahlungen, die nicht gestützt auf eine Abtretungserklärung, sondern auf ein "eindeutiges Rückforderungsrecht" vorgenommen wurden. Die Bestimmung bezieht sich auch auf Taggeldversicherungen nach VVG (vgl. Kieser, a.a.O., Art. 22 N 71, vgl. auch Entscheid des Versicherungsgerichts vom 1. Juli 2014, IV 2013/74, E. 2.2 f.).

**8.3.** Ziff. 28 AVB der SWICA, Ausgabe 2006 für die kollektive Taggeldversicherung nach VVG lautet wie folgt: Steht der Rentenanspruch einer staatlichen oder betrieblichen Versicherung noch nicht fest, so kann SWICA das versicherte Taggeld freiwillig bevorschussen. In diesem Fall fordert SWICA die zuviel erbrachten Leistungen ab Beginn des Rentenanspruchs zurück. Hierbei steht es ihr frei, diese Rückforderungen bei der versicherten Person oder bei dem die Rente auszahlenden Versicherungsträger zu stellen. Die allfällige Bevorschussung erfolgt deshalb unter dem ausdrücklichen Vorbehalt der Rückforderung anlässlich der Rentennachzahlung. Die Rückforderung erfolgt im Umfang der für die gleiche Zeit zugesprochenen Rente. Die versicherte Person tritt im Umfang der Vorleistungen von SWICA ihre Ansprüche gegenüber den anderen Versicherungsträgern an SWICA ab. Die Bestimmung C4 Abs. 2 und Abs. 3 AVB Krankentaggeldversicherung der AXA Versicherung, Ausgabe 7/2006, sieht Folgendes vor: Steht der Rentenanspruch einer staatlichen oder betrieblichen Versicherung noch nicht fest, so erbringt die AXA im Rahmen ihrer Leistungspflicht für die Periode ausgewiesener krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit das Taggeld im Sinne einer Vorleistung. Bei nachträglicher Gewährung einer Rente der Invalidenversicherung (IVG) ... hat die AXA gegenüber diesen Versicherungen einen direkten Anspruch auf Rückforderungen beziehungsweise Verrechnung der erbrachten Leistung. Die AXA ist berechtigt, von der versicherten Person das Einverständnis für die direkte Verrechnung bzw. Rückforderung der von ihr erbrachten Vorleistungen gegenüber den vorerwähnten Versicherungen zu verlangen. Verweigert die versicherte Person die Zustimmung, werden die Taggeldleistungen eingestellt.

**8.4.** Gemäss Rechtsprechung ist im Rahmen von Art. 85<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. b IVV - im Gegensatz zu den freiwilligen Leistungen nach lit. a - keine Zustimmung der versicherten Person nötig; vielmehr wird diese durch das Erfordernis eines "eindeutigen Rückforderungsrechts" ersetzt (BGE 131 V 249, E. 6.2). Sollte die Beschwerdeführerin gegenüber der AXA Winterthur kein Einverständnis zur direkten Verrechnung erklärt haben, schadet dies folglich nicht. Verrechenbar sind sodann nur Nachzahlungen (Entscheid des Versicherungsgerichts vom 1. Juli 2014, IV 2013/74, E. 3.1) mit



Vorschussleistungen. Darunter fallen Leistungen, die dasselbe soziale Risiko wie die Invalidenrente (krankheitsbedingte Erwerbseinbusse) decken, aber entsprechend der koordinationsrechtlichen Rangfolge erst nach der Invalidenrente erscheinen und deshalb koordinationsrechtlich zu Unrecht ausgerichtet worden sind (sogenannte sachlich kongruente Leistung; auch Entscheid des Versicherungsgerichts vom 1. Juli 2014, IV 2013/74, E. 3.2). Ein eindeutiges Rückforderungsrecht im Sinne von Art. 85<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. b IVV besteht, wenn es sich an die betreffende (nachzahlende) Sozialversicherung richtet, wenn sich aus der betreffenden Formulierung (in den Allgemeinen Geschäfts- oder Versicherungsbedingungen) ohne Weiteres ergibt, dass beim Tatbestand der Nachzahlung bezogen auf die bereits erbrachte Leistung eine Rückforderung eintritt und wenn klar geregelt ist, wie die Rückforderung masslich zu bestimmen ist (Kieser, a.a.O., Art. 22, N 84). Diese Voraussetzungen erfüllen die AVB-Bestimmungen der SWICA und der AXA Winterthur (vgl. E. 8.3).

**8.5.** Der Sozialversicherungsträger darf die Verrechnung anordnen, wenn die Existenz der Forderung der anderen Verwaltungseinheit gegeben ist (Entscheid des Versicherungsgerichts vom 1. Juli 2014, IV 2013/74, E. 4.1). Hinsichtlich der zeitlichen Kongruenz ist zu beachten, dass der Rentenanspruch nach dem Gesagten bereits ab dem 1. September 2009 und nicht seit dem 1. Oktober 2009 besteht, so dass die SWICA auch die für diesen Monat ausgerichteten Taggelder zur Verrechnung bringen kann. Die angefochtene Verfügung ist in diesem Sinn zu korrigieren. Was die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Verjährung anbelangt, betrifft diese den Bestand der Rückforderung. Die Beschwerdeführerin ist daher auf den Zivilrechtsweg zu verweisen (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts vom 1. Juli 2014, IV 2013/74, E. 4.5; F. Schlauri, Die zweigübergreifende Verrechnung und weitere Instrumente der Vollstreckungskoordination des Sozialversicherungsrechts in: Sozialversicherungsrechtstagung 2004, St. Gallen 2004, S. 192).

## 9.

**9.1.** Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung insoweit aufzuheben, als die Beschwerdeführerin vom 1. September 2009 bis 31. Oktober 2011 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

**9.2.** 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Die Beschwerdeführerin obsiegt lediglich in Bezug auf einen befristeten Rentenanspruch



für einen Monat. Für die Kostenauflegung ist daher von einem vollständigen Unterliegen auszugehen. Somit sind ihr die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen und durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung insoweit aufgehoben, als die Beschwerdeführerin vom 1. September 2009 bis 31. Oktober 2011 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

#### 2.

Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.