



Fall-Nr.: IV 2019/29
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 23.02.2022
Entscheiddatum: 09.09.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 09.09.2021

Art. 7, 8 und 16 ATSG. Art. 28 IVG. 87 Abs. 3 IVV. Die Beschwerdegegnerin ist zu Recht auf die Neuanschuldung eingetreten. Qualifikation als Vollerwerbstätige. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Einkommensvergleich. Keine rentenbegründende Invalidität (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. September 2021, IV 2019/29).

Entscheid vom 9. September 2021

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull

Geschäftsnr.

IV 2019/29

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Dieter Studer, Studer Zahner 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.____ meldete sich im Oktober 2007 erstmals wegen einer HIV-Infektion, einer Hypertonie, einer Depression, einem Diabetes mellitus Typ 2, einer Osteoporose und einem Rückenleiden zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Sie gab an, sie besitze die Staatsangehörigkeit von B.____. Sie habe keine Schule besucht und keine Ausbildung absolviert. Seit ihrem Zuzug aus B.____ in die Schweiz am 16. September 2002 sei sie arbeitsunfähig. Sie sei als Hausfrau tätig. Die IV-Stelle holte beim Hausarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, sowie beim H.____ Berichte ein (IV-act. 11, 12) und legte diese dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme vor (IV-act. 14). Mit einer Verfügung vom 23. Mai 2008 wies sie das Begehren um eine Invalidenrente ab (IV-act. 19). Zur Begründung gab sie an, die Schweiz habe mit B.____ kein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen. Die Abklärungen hätten ergeben, dass die Versicherte seit der Einreise in die Schweiz keine Beitragsleistungen erbracht habe. Die versicherungsmässigen Voraussetzungen seien nicht erfüllt. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.

B.a. Am 10. Juli 2015 ersuchte der Beistand der Versicherten um Akteneinsicht (IV-act. 25), die ihm die IV-Stelle am 15. Juli 2015 gewährte (IV-act. 27). Am 8./11. April 2016 meldete er die Versicherte zum Leistungsbezug an (IV-act. 28-32). Er machte geltend, der Gesundheitszustand habe sich erheblich verschlechtert. In der Zwischenzeit erfülle die Versicherte auch die Versicherteneigenschaft. Er reichte einen Bericht von Dr. C.____ vom 30. Juli 2015 ein. Dr. C.____ hatte darin die folgenden Diagnosen aufgeführt: Schulterschmerzen rechts mit Verkalkungen, chronisches lumbospondylogenes und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom, HIV-Infektion CDC



St.Galler Gerichte

Stadium B3 (ED 05/03), Osteoporose (ED 2007), Depression, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie.

B.b. Am 27. Juni 2016 teilte die IV-Stelle dem Beistand der Versicherten mit, dass auf das Wiedererwägungsgesuch nicht eingetreten werde (IV-act. 36). Am 1. Juli 2016 zeigte ein Rechtsanwalt die Vertretung der Versicherten an (IV-act. 37). Mit einer Eingabe vom 28. Juli 2016 beantragte er, dass auf die Wiederanmeldung vom 11. April 2016 eingetreten werde; bei der Anmeldung mit offiziellem Formular handle es sich nicht um ein Wiedererwägungsgesuch (IV-act. 40). Nach mehrmaligem Nachfragen nach dem Stand (IV-act. 41-43) und – nach erhaltener Akteneinsicht – ersichtlich gewordener Untätigkeit der IV-Stelle forderte der Rechtsvertreter die IV-Stelle am 19. Juni 2017 auf, einen anfechtbaren Entscheid zu erlassen oder konkrete Abklärungen vorzunehmen (IV-act. 45). Am 28. Juni 2017 teilte die IV-Stelle mit, dass der Rentenanspruch materiell geprüft werde (IV-act. 46).

B.c. Der Hausarzt Dr. C.____ gab folgende Diagnosen an (Bericht undatiert, Posteingang: 6. Juli 2017, IV-act. 48): Chronisches lumbospondylogenes und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom, St.n. TLIF L4/L5 2008, St.n. chronischer Spondylodiszitis 2011-2017, HIV-Infektion CDC Stadium B3 (ED 05/03), Depression, St.n. arthroskopischer Rekonstruktion Supraspinatussehne und Dekompression rechts 15.1.2016, Osteopenie 10/15, unklare papulöse Hautveränderungen (Gesicht, Arme), arterielle Hypertonie, Dyslipidämie. Er gab weiter an, die Gehfähigkeit der Versicherten sei nach wie vor stark eingeschränkt. Ausserhalb des Hauses gehe die Versicherte mit einem Stock. Sie habe eine regelmässige Spitex-Betreuung. Aufgrund der Polymorbidität bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dr. C.____ legte Berichte des H.____ und von Dr. med. D.____, Neurologie FMH, bei.

B.d. Im Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt gab die Versicherte am 15. August 2017 an (IV-act. 52), dass sie ohne eine gesundheitliche Beeinträchtigung eine Vollerwerbstätigkeit als Hilfsarbeiterin/Lagermitarbeiterin ausüben würde. Sie habe in B.____ als Marktfrau gearbeitet. Sie würde zur Existenzsicherung eine Vollerwerbstätigkeit ausüben und zwar seitdem sie Sozialhilfe beziehe (19. September 2002).



St.Galler Gerichte

B.e. Die RAD-Ärztin Dr. med. E.____ notierte am 7. November 2017 nach einer Durchsicht der medizinischen Berichte (IV-act. 55), seit dem Jahr 2008 habe sich die Versicherte mehrfachen operativen Eingriffen am Rücken unterziehen müssen. Zudem sei es zu einer Spondylodiszitis gekommen, welche eine mehrjährige Suppressionstherapie nötig gemacht und zu einer Destruktion der Deck- und Bodenplatten L2/3 geführt habe. Aufgrund der Rückenproblematik seien nur leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne die Einnahme von Zwangshaltungen der Wirbelsäule zumutbar. Wegen der Schulterproblematik seien keine Überkopfarbeiten möglich. Die Veränderung des Gesundheitszustands sei vermutlich auf den Beginn der Spondylodiszitis im Jahr 2011 anzusetzen. Die Höhe der Arbeitsfähigkeit sei schwierig festzulegen. Die vom Hausarzt attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit sei nicht nachvollziehbar. Dass die Gehfähigkeit eingeschränkt sei, stehe nicht im Einklang mit der beschriebenen raumgreifenden Mobilität im Bericht der Klinik für Orthopädie vom Dezember 2016. Wie sich die erwähnte Diagnose einer Depression auswirke, sei nicht beurteilbar, da kein psychiatrischer Bericht vorliege. Weitere Abklärungen seien notwendig.

B.f. Der Hausarzt Dr. C.____ sandte der IV-Stelle am 16. November 2017 diverse Berichte der Jahre 2008 bis 2017 zu (IV-act. 57-127). Berichte betreffend eine psychiatrische Behandlung waren darin nicht enthalten.

B.g. Die RAD-Ärztin Dr. E.____ notierte am 27. November 2017 (IV-act. 133), eine polydisziplinäre Begutachtung sei erforderlich.

B.h. Der Rechtsvertreter der Versicherten reichte am 2. Februar 2018 Berichte von Dr. C.____ und des H.____ ein (IV-act. 139). Im aktuellsten Bericht vom 26. Januar 2018 hatte Dr. C.____ dieselben Diagnosen wie im Bericht vom Juli 2017 mitgeteilt (IV-act. 140). Zusätzlich hatte er eine Periarthropathie humeroscapulis bds. angegeben. Er hatte ausgeführt, die Beschwerden hätten sich unter einer regelmässigen physiotherapeutischen Behandlung gelindert; die Versicherte könne wieder frei gehen. Im August 2017 habe sie über Schmerzen in der Schulter und im linken Arm geklagt. Eine neurologische Abklärung habe ein leichtgradiges CTS gezeigt. Eine Untersuchung im H.____ wegen den rechtsbetonten Schulterschmerzen sei ausstehend. Die Versicherte sei weiterhin aufgrund des schweren lumbalen und zervikalen



Rückenleidens, aber auch wegen verschiedener degenerativer Gelenkveränderungen vollständig arbeitsunfähig. Aktuell sei die Belastbarkeit der Hände erheblich eingeschränkt.

B.i. Am 24. Februar 2018, 3./15. März 2018 und 5. April 2018 wurde die Versicherte von der PMEDA polydisziplinär (internistisch, neurologisch, orthopädisch, psychiatrisch und neuropsychologisch) abgeklärt. Im Gutachten vom 27. Juni 2018 gaben die Sachverständigen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an (IV-act. 164-69): Spondylodese LWK2 auf SWK1, Rotatorenmanschettensyndrom rechts, Rotatorenmanschettenruptur links. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: HIV-Infektion CDC Stadium B3 (ED 05/03), metabolisches Syndrom mit Diabetes mellitus Typ 2 (ED 2003), Adipositas Grad I, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, fragliche hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie, aktenkundige Osteopenie (Dexa 2015), St.n. wiederholten Eingriffen an der LWS ohne neurologische Folgeschäden und ohne Hinweise auf das Vorliegen neurologischer Ausfallerscheinungen, HIV-Infektion ohne Anhalt für Manifestationen am Nervensystem, Carpaltunnelsyndrom links, St.n. Oberschenkelhalsfraktur rechts. Die internistische Sachverständige führte aus (IV-act. 164-33 f.), anamnestisch seien keine spezifischen internistischen Beschwerden vorgetragen worden. Die Versicherte habe vorrangig über Schmerzen im Extremitäten- und Rückenbereich berichtet. Der erhobene Befund zeige eine Adipositas, ein sanierungsbedürftiges Gebiss und suboptimal gepflegte Zehennägel. Im Hinblick auf den Diabetes mellitus sollte auf eine gute Fusspflege geachtet werden. Hinsichtlich des metabolischen Syndroms sei eine Gewichtsreduktion zu empfehlen. Laborchemisch zeigten sich erhöhte Transaminasen. Daneben imponiere serologisch der St.n. einer durchgemachten Hepatitis B-Infektion. Die HIV-Infektion sei unter der etablierten Medikation seit vielen Jahren stabil. Es fänden regelmässig Kontrollen im H.____ statt; die aktuell bestimmten Marker lägen im gut kontrollierten Bereich. Aktenanamnestisch werde in den gynäkologischen Berichten eine obstruktive hypertrophe Kardiomyopathie erwähnt. Diskrepant zu einer solchen Diagnose fänden sich in den Akten keine kardiologischen Abklärungen. Anamnestisch werde lediglich von Palpitationen berichtet. Anhand der Anamnese ergäben sich keine Hinweise auf relevante kardiopulmonale Einschränkungen im Alltag. Elektrokardiographisch imponierten teilweise im Bereich der Vorderwand T-



Negativierungen. Eine Kardiomyopathie sei also allenfalls möglich. Bei einer unauffälligen Anamnese und einem nicht erheblich auffälligen körperlichen Status ergebe sich auf internistischem Gebiet keine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der neurologische Gutachter hielt fest (IV-act. 164-39), die Versicherte habe über Schmerzen im Bereich der Extremitäten und über Lumbalgien und sensible Störungen der rechten Hand geklagt. Der neurologische Befund weise keine namhafte nervale Läsion aus. Die elektrophysiologische Untersuchung sei mit einem Karpaltunnelsyndrom links vereinbar. Hinweise für ein namhaftes Vertebralesyndrom oder eine die Extremitätenschmerzen erklärende spinale oder radikuläre Läsion ergäben sich nicht. Auch aktenkundig ergäben sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer die Arbeitsfähigkeit namhaft einschränkenden neurologischen Erkrankung. Das leichtgradige linksseitige Karpaltunnelsyndrom sei gut behandelbar und beeinträchtige die Arbeitsfähigkeit nicht. Der klinische Befund und das Labor (CD4-Zellzahl > 200) sprächen gegen eine neurologische HIV-Manifestation. Der orthopädische Experte erklärte (IV-act. 164-47), die Versicherte habe Schmerzen in der Schulterregion rechts mit Ausstrahlung entlang des rechten Arms bei St.n. einer erfolgten operativen Rotatorenmanschettenrekonstruktion 01/2016 mit einer zwischenzeitlichen Schmerzfreiheit geäußert. Weiter habe sie Schmerzen in der Lumboglutealregion rechtsbetont angegeben bei St.n. mehreren operativen lumbalen Eingriffen, schlussendlich mit einer Spondylodese. Im Bereich des rechten Hüftgelenks bestehe ein St.n. einer Oberschenkelhalsfraktur mit einer osteosynthetischen Versorgung. Bei der klinischen Untersuchung zeigten sich eine Adipositas und ein rechtsakzentuiert dargebotenes Gangbild an einer Gehstütze links. Im Untersuchungszimmer sei jedoch kein namhaftes Hinken objektivierbar; es bestehe auch keine Inaktivitätshypotrophie der Beinmuskulatur; die Fusssohlen seien seitengleich beschwielt, sodass eine alltagsrelevante Gehbeeinträchtigung als nicht plausibel erscheine. Die funktionelle Prüfung der Hüft- und Kniegelenke zeige einen im Wesentlichen seitengleichen Befund; es bestehe ein leichtes Extensionsdefizit beider Hüftgelenke. Die Kniegelenke seien im Wesentlichen frei beweglich, ebenso die Fussgelenke. Im Bereich des rechten Schultergelenks liessen sich "leichtgradige subacromiale und Schmerzzeichen am Tuberculum majus" auslösen, eine namhafte Störung der Funktionalität liege nicht vor. Die Oberschenkelhalsfraktur rechts sei folgenlos mit einem guten Ergebnis ausgeheilt. Bildgebend seien, die Lendenwirbelsäule betreffend, die langstreckige Spondylodese



und ebenso langstreckige degenerative Alterationen mit möglichem Neurokontakt dargestellt. Zeichen einer namhaften spinalen Stenose oder entzündlicher postoperativer Affektionen seien nicht objektiviert. Für das rechte Schultergelenk seien Zeichen degenerativer Rotatorenmanschetten-(Rezidiv)-läsionen mittels MRI objektiviert, ebenso eine degenerative Läsion der langen Bizepssehne sowie Kapselrandläsionen des Glenoids. Aufgrund der erhobenen klinischen Befunde und der bildgebenden Abklärung sei eine dauerhafte qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit zu formulieren: Körperlich leichte Arbeiten ohne spinale Zwangshaltungen, Hebe- und Tragebelastungen fünf Kilogramm, wechselbelastende oder überwiegend sitzende Tätigkeit bei einer guten Arbeitsplatzergonomie, keine Rumpfwangshaltungen. Tätigkeiten im Armvorhalt und/oder über Kopf oder mit Kraftaufwand seien als dauerhaft ungeeignet einzuschätzen. Für entsprechend adaptierte Tätigkeiten bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Die anamnestisch aufscheinende weitgehende Selbstständigkeit, Selbstversorgung und Aktivität stütze die Annahme einer Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten. Der psychiatrische Sachverständige gab an (IV-act. 164-54 f.), die Versicherte fühle sich nicht psychisch krank und habe frühere depressive Beschwerden seit über einem Jahr überwunden. Im AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund liessen sich die Achsenkriterien einer namhaften Depression nicht erkennen. Die Verhaltensbeobachtung, die Alltagsgestaltung, die Selbsteinschätzung und das Fehlen einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sprächen auch gegen eine psychische, insbesondere gegen eine namhafte affektive Beeinträchtigung. Die in fachfremden Befundberichten aktenkundig erwähnte Depression habe sich ausweislich des hiesigen objektiven Befundes somit zurückgebildet. Die angegebenen chronischen Schmerzen im Bewegungsapparat könnten nicht einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zugeordnet werden. Zusammenfassend finde sich keine psychiatrische Erkrankung mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die neuropsychologische Untersuchung führten Dr. med. F.____ und mag. rer. nat. G.____ durch, wobei G.____ die testpsychologischen Erhebungen machte. In der Beurteilung hielten sie fest (IV-act. 164-62 f.), der klinische Befund ergebe keine Hinweise auf eine namhafte kognitive Funktionsstörung. Die Untersuchung erbringe formal unterdurchschnittliche Ergebnisse im Bereich des visuellen Gedächtnisses, der Verarbeitungsgeschwindigkeit und des figuralen divergenten Denkens. Das Beschwerdevalidierungsverfahren erbringe deutliche



Hinweise auf ein verzerrendes Antwortverhalten. In der aktuellen MRI-Untersuchung des Gehirns zeigten sich lediglich eine leichte, überwiegend subkortikale Frontalatrophy sowie leichte Demyelinisierungen, die nicht geeignet seien, die vorliegenden stark unterdurchschnittlichen testpsychologischen Ergebnisse zu erklären. Angesichts des Labors (CDC Zellzahl > 200) sei eine HIV-Manifestation am zentralen Nervensystem eher unwahrscheinlich. Die anamnestisch erhobene selbstständige Lebensführung spreche ebenfalls gegen eine gravierende kognitive Störung jedweder Genese. Zusammenfassend sei von neuropsychologischer Seite keine invalidisierende kognitive Störung mit der hierfür gebotenen Wahrscheinlichkeit zu attestieren. Vergleichbare neuropsychologische Voruntersuchungen, die der hiesigen Einschätzungen widersprächen, lägen nicht vor. In der Konsensbeurteilung gaben die Sachverständigen an (IV-act. 164-64 ff.), in einer körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts sei die Arbeitsfähigkeit der Versicherten als nicht limitiert anzusehen. Das spinale Defektsyndrom und der postoperative Schulterstatus sprächen gegen eine Einsetzbarkeit in körperlich schweren Tätigkeiten, in Arbeiten mit häufigen Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule und in Arbeiten mit einem häufigen Armeinsatz über der Horizontalen. Aufgrund des geringen Bildungsniveaus schieden Tätigkeiten, die das Lesen und Schreiben erforderten, aus. Die auffällige Symptomvalidierung und die Diskrepanzen/Inkonsistenzen in den hiesigen Befunden (kein namhaft schmerzgeplagter Eindruck, seitengleiche Beschwellungszeichen der Fusssohlen und die fehlende Inaktivitätshypotrophie der Extremitäten bei einer reklamierten schmerzbedingten Limitation und bei einem reklamierten notwendigen Einsatz von Gehhilfen und dem dargebotenen Hinken) sprächen für eine Aggravation. Anamnestisch erscheine eher eine erhaltene Selbstständigkeit, Selbstversorgung, soziale Kontaktfähigkeit und Reiseaktivität gegeben zu sein, was die aktenkundige behandlerseitige Einschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit nicht stütze. Retrospektiv werde spätestens seit dem Jahr 2011 (Spondylodese) eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit bestanden haben; in der Folge sei es jedoch zu Komplikationen und zu mehrfachen Schultergelenksbehandlungen gekommen, sodass vorangehend zumindest passager/phasenweise auch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden haben dürfte, was sich jedoch nicht näher zeitlich eingrenzen oder quantifizieren lasse. Auch für die Zeit vor dem Jahr 2011 seien seit



St.Galler Gerichte

dem Jahr 2003 Behandlungen (HIV assoziiert, Oberschenkelhalsfraktur) berichtet worden, die eine passagere/phasenweise höhergradige Arbeitsunfähigkeit bedingt hätten, was sich jedoch ebenfalls nicht näher zeitlich eingrenzen oder quantifizieren lasse.

B.j. Die RAD-Ärztin Dr. E.____ notierte am 3. Juli 2019 (recte: 2018, IV-act. 166), auf das Gutachten könne abgestellt werden.

B.k. Mit einem Vorbescheid vom 5. Juli 2018 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Begehrens um eine Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 168). Zur Begründung gab sie an, gemäss dem Gutachten der PMEDA vom 27. Juni 2018 bestehe in einer adaptierten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Bei einem Validen- und einem Invalideneinkommen von je Fr. 54'517.-- (Zentralwert des Einkommens einer Hilfsarbeiterin gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik) betrage der Invaliditätsgrad 0%. Der Rechtsvertreter der Versicherten erhob am 31. August 2018 einen Einwand (IV-act. 173). Er beantragte die Ausrichtung einer ganzen Rente. Zur Begründung machte er geltend, beim Gutachten der PMEDA handle es sich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts. Die Gutachter hätten nicht nachgefragt oder vertieft abgeklärt, inwieweit die Versicherte aus invaliditätsrelevanten Gründen Aufgaben nicht oder falsch verstanden, im Alltag vorhandene Schmerzen, Unwohlsein und Müdigkeit bei der Begutachtung unterdrückt und eine selbstständige Lebensführung dissimuliert habe. Die gutachterliche Darstellung und die Feststellungen der behandelnden Fachpersonen klappten diametral auseinander. Die Versicherte werde seit mindestens dem Jahr 2017 von der Spitex betreut. Sie sei nicht fähig, die Medikamente richtig einzunehmen. Auch bei anderen Verrichtungen helfe ihr die Spitex. Im Gutachten sei dieser Sachverhalt keiner vertiefenden Abklärung unterzogen worden. Aufgrund der aktenkundigen Tatsachen sei nicht nachvollziehbar, dass die Versicherte eine "angepasste" Tätigkeit, die zwangsläufig Hilfsarbeitercharakter habe und repetitiv sei, sollte ausführen können. Ausserdem bestehe ein Analphabetismus. Auch HIV sei bei Arbeitgebern ein Hindernis. Ein Widerspruch bestehe darin, dass in der neurologischen Untersuchung vom 27. September 2017 die Kooperationsbereitschaft vermindert gewesen sei, was für eine krankheitsbedingte Symptomatik spreche. Im Gutachten sei die Versicherte mehrfach als kooperativ gelobt worden, obwohl ihr gleichzeitig inkonsistentes



Verhalten vorgeworfen worden sei. Aus kardiologischer Sicht sei das Gutachten unklar; eine ernstere Störung sei nicht ausgeschlossen worden. Der Rechtsvertreter der Versicherten legte ein Schreiben der Spitex vom 3. August 2018 mit Beilagen und einen Bericht von Dr. C.____ vom 20. August 2018 bei. Dr. C.____ hatte darin festgehalten, die Versicherte sei keinesfalls arbeitsfähig. Überrascht habe ihn die Schlussbeurteilung der testpsychologischen Ergebnisse. Obwohl er bei den Erhebungen hochpathologische Werte sehe und obwohl ein Gesamt-IQ von 50 errechnet worden sei, der stark pathologisch sei, seien die Resultate bagatellisiert worden. Seines Erachtens müsste diesen Resultaten auf den Grund gegangen werden.

B.i. Die RAD-Ärztin Dr. E.____ empfahl am 20. September 2018, den Einwand des Rechtsvertreters den Gutachtern zur Stellungnahme vorzulegen (IV-act. 175).

B.m. Die Gutachter der PMEDA teilten am 17. Oktober 2018 mit (IV-act. 177), neue ärztliche Berichte mit neuen medizinischen Sachverhalten lägen nicht vor. Das Schreiben von Dr. C.____ vom 20. August 2018 enthalte keinen Untersuchungsbefund. Die Spitex-Aufzeichnungen des Jahres 2018 beschrieben keine behinderungsbedingte Auffälligkeit. Die Aufzeichnungen liessen auch keinen Pflegebedarf erkennen. Die Einlassungen von Dr. C.____ zur neuropsychologischen Untersuchung seien irreführend, da die Untersuchung offenkundige Anhaltspunkte für ein verfälschendes Antwortverhalten ergeben habe. Die Durchführung von Symptomvalidierungstests gelte als Qualitätsstandard testpsychologischer Untersuchungen.

B.n. Die RAD-Ärztin Dr. E.____ notierte am 31. Oktober 2018 (IV-act. 178), auf das Gutachten könne weiterhin abgestellt werden. Gemäss dem Verlaufsprotokoll der Spitex werde die Medikamentenbox aufgefüllt, damit die korrekte Einnahme der HIV-Medikation gewährleistet sei. Andere Spitex-Leistungen seien dem Verlaufsprotokoll nicht zu entnehmen. Die Gutachter hätten einen Verdacht auf eine Kardiomyopathie geäussert, weil diese Diagnose in den Akten erwähnt worden sei. Anlässlich der Untersuchung habe klinisch kein Anhalt für eine Herzinsuffizienz bestanden. Der Gutachter habe also die Diagnose übernommen, jedoch festgestellt, dass keine Funktionseinschränkungen aus kardiologischer Sicht vorliegen würden, sodass diese Verdachtsdiagnose auch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe.



B.o. Nach der Durchführung einer zweiten Anhörung, in welcher der Rechtsvertreter der Versicherten an den Anträgen und an der Begründung im Einwand vom 31. August 2018 festgehalten hatte (IV-act. 180), wies die IV-Stelle mit einer Verfügung vom 13. Dezember 2018 das Begehren um eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 0% ab (IV-act. 181). Zum Einwand gab sie im Wesentlichen die RAD-Stellungnahme vom 31. Oktober 2018 wieder.

C.

C.a. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) liess am 29. Januar 2019 eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. Dezember 2018 erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer Invalidenrente ab 1. Oktober 2016. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme ergänzender Abklärungen und zur anschliessenden Neuverfügung an die Verwaltung zurückzuweisen. Zudem beantragte er die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsverteidigung. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, in Anbetracht der Berichte von Dr. C.____ vom 30. Juli 2015, 6. Juli 2017 und 26. Januar 2018 sei die im Gutachten der PMEDA attestierte vollständige Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten nicht nachvollziehbar. Bei der Beurteilung der Gutachter handle es sich um eine andere Beurteilung des Sachverhalts, sodass die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) nicht hätte darauf abstellen dürfen. In der internistischen Begutachtung seien eine regelmässige Spitex-Unterstützung sowie eine wöchentliche Physiotherapie, ferner eine Betreuung durch eine Sozialhelferin im Alltag festgehalten worden. Dies deute doch auf "erhebliche Einschränkungen in der Alltagsbewältigung auch in einer adaptierten Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt" hin. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine fragliche hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie aufgeführt worden. Die von Dr. C.____ diagnostizierte Dyslipidämie sei als kardiovaskulärer Risikofaktor bekannt, im Gutachten aber nicht berücksichtigt worden. Es sei nicht hinreichend begründet worden, dass die Beschwerdeführerin in der Arbeitsfähigkeit kardiologisch gesehen nicht eingeschränkt sei. Der neurologische Gutachter habe zur MRI-Untersuchung vom März 2018 festgehalten, bei der Brust- und Lendenwirbelsäule sei ein Kontakt zum Myelon bzw. zur Nervenwurzel ausgewiesen worden. Weshalb er später nur noch einen *möglichen* Neurokontakt genannt habe, sei unbegründet geblieben. Somit sei nicht



überwiegend wahrscheinlich, dass bei einer vollen Arbeitstätigkeit nicht wesentlich ernstere, belastungsbedingte Rückenbeschwerden auftraten, insbesondere auch bei überwiegend sitzenden Tätigkeiten, wie sie für zumutbar gehalten worden seien. Im psychiatrischen Teilgutachten sei erwähnt worden, dass die Beschwerdeführerin Müdigkeit, Kraftlosigkeit und Vergesslichkeit seit vielen Jahren genannt und dies auf die HIV-Infektion zurückgeführt habe. Diesbezüglich habe Dr. C.____ am 26. Januar 2018 eine HIV-Infektion CDC Stadium B3 diagnostiziert, im Gegensatz zum Stadium B2 noch im infektiologischen Bericht vom 23. März 2018. Eine vollständige Arbeitsfähigkeit sei aufgrund des Fortschreitens der HIV-Infektion nicht ausgewiesen. Eine entsprechende Untersuchung durch die PMEDA sei nicht erfolgt. Die Verneinung einer Wechselwirkung der Diagnosen erweise sich im Gutachten somit ebenfalls als unbegründet. Im psychiatrischen Teilgutachten falle weiter auf, dass 2011, 2013 und 2015 eine mässige Depression bzw. eine rezidivierende depressive Episode diagnostiziert und behandelt worden sei. Die generelle Verneinung einer psychiatrischen Erkrankung sei nicht hinreichend begründet, auch nicht eine allfällige dauerhafte Remission. Auch aus der neuropsychologischen Untersuchung könne keine vollständige Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Die Rechtsprechung messe dem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur ergänzende Funktion zu (Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2008, 9C_458/2008, E. 4.2). Beschwerdevalidierungstests könnten ergänzend als mögliche Mosaiksteine der Begutachtung hilfreich sein. Diese seien aber in der Praxis mit Bezug auf Schmerzleiden noch nicht etabliert (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2015, 9C_899/2014, E. 4.2.3). Gemäss dem neuropsychologischen Teilgutachten solle eine Aggravationstendenz festzustellen gewesen sein. Die übrigen Teilgutachten hätten dies nicht ausgewiesen, sodass die neuropsychologische Abklärung in diesem Punkt für sich alleine stehe. Die unterdurchschnittlichen Werte und der IQ von erheblich unter 70 seien zwar festgehalten worden, aufgrund der in der Praxis nicht etablierten Beschwerdevalidierung sei aber eine höhere Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin angenommen worden. Dies sei unbegründet und widerspreche auch den obigen Angaben zu den deutlich eingeschränkten Ressourcen in der Alltagsbewältigung (Spitex, aufsuchende Sozialbegleitung, erwachsenenschutzrechtliche Vertretung, Sozialhilfeberatung). Ferner seien die



neuropsychologischen Gutachter Dr. F.____ und mag. G.____ nicht auf der Liste der FachpsychologInnen für Neuropsychologie FSP mit einer jährlichen kontrollierten Fortbildung der Schweizerischen Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen SVPN aufgeführt. Dr. F.____ sei im Medizinalberuferegister des Bundes als Arzt mit Weiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie aufgeführt. Ein Fachtitel in Neuropsychologie sei nicht ersichtlich. Die Fachkompetenz beider Personen sei nicht nachgewiesen. Mag. G.____ sei zudem im rechtlichen Gehör vom 11. Januar 2018 nicht unter den vorgesehenen Gutachtern erwähnt worden. Auch die Tatsache, dass mag. G.____ offenbar nur die testpsychologischen Erhebungen vollzogen habe, während Dr. F.____ die restliche neuropsychologische Untersuchung vorgenommen habe, erscheine unüblich und sei vor dem Hintergrund des Analphabetismus und des Bedarfs nach einer französischen Übersetzung stark fehleranfällig. Die Schlussfolgerungen der neuropsychologischen Untersuchung seien mit erheblichen Zweifeln behaftet.

C.b. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 6. März 2019 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, die Berichte von Dr. C.____ erfüllten die Voraussetzungen an eine beweisfähige medizinische Entscheidungsgrundlage nicht. Die vorgebrachte Kritik am Gutachten sei unbegründet; auf das Gutachten sei abzustellen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin schreite die HIV-Infektion nicht fort. Die Behauptung, die im neuropsychologischen Teilgutachten festgehaltene Aggravationstendenz sei in den anderen Teilgutachten nicht ausgewiesen worden, sei unzutreffend. In der Konsensbeurteilung sei dargelegt worden, dass die auffällige Symptomvalidierung (neuropsychologisches Teilgutachten) und die Diskrepanzen/Inkonsistenzen in den hiesigen Befunden (kein namhaft schmerzgeplagter Eindruck, seitengleiche Beschwiellungszeichen der Fusssohlen und fehlende Inaktivitätshypotrophie der Extremitäten bei reklamierter schmerzbedingter Limitation und reklamiertem notwendigen Einsatz von Gehhilfen und dargebotenem Hinken) für eine Aggravation sprächen.

C.c. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen bewilligte am 8. März 2019 das Gesuch um die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung) für das Beschwerdeverfahren (act. G 7).



C.d. Mit einer Replik vom 8. April 2019 liess die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen festhalten (act. G 9). Ihr Rechtsvertreter machte ergänzend geltend, die Beschwerdegegnerin übersehe, dass Dr. C.____ in seinen Berichten auf spezialärztliche Untersuchungen und Behandlungen hingewiesen, seine Beurteilung also nicht nur auf seine eigenen Untersuchungen abgestützt habe. Dr. C.____ begründe durchaus erhebliche Zweifel an den Feststellungen und Beurteilungen im Gutachten. In der Angabe der relevanten medizinischen Aktenlage im Gutachten fehle zudem der Bericht von Dr. C.____ vom 6. Juli 2017, dem Dr. C.____ medizinische Berichte im Umfang von 25 Seiten beigefügt habe. Die Berichte seit 2015 würden eine HIV-Infektion der Kategorie B3 ausweisen, was für eine Verschlechterung spreche. Aus sozial- bzw. versicherungsrechtlichen Gründen sei dieser Wert unabhängig von der klinischen Kategorie C als AIDS-definierend zu bewerten (vgl. www.hivleitfaden.de). Die Beschwerdeführerin sei daher, wie sie wiederholt angegeben habe, glaubhaft in ihrer Alltagsbewältigung und auch in ihrer Arbeitsfähigkeit deutlich beeinträchtigt. Der Vorwurf der Aggravation im Gutachten gründe sich allein auf die neuropsychologische Beurteilung. Daran ändere nichts, dass diese Beurteilung auch in der interdisziplinären Zusammenfassung aufgeführt sei. In den übrigen Untersuchungen hätten sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer Aggravation ergeben. Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermöge eine versicherte Gesundheitsschädigung nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber bestehe, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten seien, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen sei (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Oktober 2016, 9C_154/2016, E. 4.3). Diese Voraussetzungen seien vorliegend nicht erfüllt. Das Gutachten erweise sich auch in diesem Punkt als nicht schlüssig. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin reichte einen Bericht von Dr. C.____ vom 19. November 2018 ein (act. G 9.1). Dr. C.____ hatte darin die Krankenkasse der Beschwerdeführerin um eine Kostengutsprache ersucht und diverse Medikamente aufgelistet. Neue Diagnosen hatte er nicht genannt; die in früheren Berichten angegebene Diagnose einer Depression hatte er nicht erwähnt. Er hatte festgehalten, das Schmerzniveau habe stabilisiert und der Bewegungsumfang habe verbessert



St.Galler Gerichte

werden können; die Beschwerdeführerin sei ohne Stöcke mobil. Ziel sei die Fortsetzung der physiotherapeutischen Behandlung, um die Beschwerden zu lindern und die Gehfähigkeit weiter zu verbessern.

C.e. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 11).

C.f. Am 18. Dezember 2020 bat das Versicherungsgericht die PMEDA, Auskunft zu erteilen, über welche spezifisch neuropsychologische Fachausbildung Dr. F.____ und mag. G.____ verfügen würden sowie allfällige Ausbildungsbelege einzureichen (act. G 12). Die PMEDA reichte am 15. Januar 2021 entsprechende Unterlagen ein (act. G 13).

Erwägungen

1.

Die Verfügung vom 23. Mai 2008, mit der die Beschwerdegegnerin ein erstes Rentengesuch der Beschwerdeführerin abgewiesen hatte, war damit begründet worden, dass die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt seien; die Beschwerdeführerin habe nämlich in der Schweiz noch nie Beiträge geleistet. Letzteres dürfte falsch gewesen sein, denn die Beschwerdeführerin war auf jeden Fall beitragspflichtig, hätte also von der zuständigen Ausgleichskasse rückwirkend als Nichterwerbstätige erfasst werden müssen, was zu einer rückwirkenden Beitragserhebung geführt hätte. Das war allerdings gar nicht relevant, denn die Beschwerdegegnerin hatte nicht abgeklärt, ob überhaupt ein (rentenspezifischer) Versicherungsfall eingetreten war, d.h. ob die Beschwerdeführerin das sogenannte Wartejahr erfüllt hatte und seither zu mindestens 40% invalid war. Die Beschwerdegegnerin holte zwar Behandlerberichte ein, aber deren Beweiswert war in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin offensichtlich unzureichend. Weitere Abklärungen unterblieben, so dass die Beschwerdegegnerin nicht wissen konnte, ob (und gegebenenfalls wann) ein rentenspezifischer Versicherungsfall eingetreten war. In dieser Situation (keine ausreichende Kenntnis über die Beitragsleistung und keine ausreichende Kenntnis über eine allfällige anspruchsbegründende Invalidität) war es unhaltbar, das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin mit der Begründung abzuweisen, die versicherungsmässigen Voraussetzungen seien nicht erfüllt. Aufgrund des Ergebnisses der aktuellen Sachverhaltsabklärung ist, wie nachfolgend noch darzulegen sein wird, davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin weder am 23. Mai 2008 noch später das



Wartejahr erfüllt hat und auch nie in einem anspruchsbegründenden Ausmass invalid gewesen ist. Die korrekte Begründung für die Abweisung des Rentenbegehrens am 23. Mai 2008 hätte also lauten müssen: Das Wartejahr ist nicht erfüllt und es liegt keine Invalidität von mindestens 40% vor. Bei der Anwendung des Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) auf die erneute Anmeldung zum Rentenbezug vom April 2016 ist somit zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin eine nach dem 23. Mai 2008 eingetretene, anspruchrelevante Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht hat. Die RAD-Ärztin Dr. E.____ hat am 7. November 2017 festgehalten, dass auf den Beginn der Spondylodiszitis im Jahr 2011 von einer Veränderung des Gesundheitszustandes auszugehen sei und dass zudem eine Depression diagnostiziert worden sei, was eine weitere Abklärung erfordere. Das zeigt, dass eine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht worden ist, die durchaus einen Invaliditätsgrad von mindestens 40% bewirken könnte. Beim Rentengesuch vom April 2016 hat es sich also eindeutig nicht um eine repetitive Neuanschuldung gehandelt, die an der Hürde des Art. 87 Abs. 3 IVV scheitern müsste, um der Beschwerdegegnerin einen überflüssigen Abklärungs- und Verwaltungsaufwand zu ersparen. Die Beschwerdegegnerin ist demnach zu Recht auf das Rentengesuch vom April 2016 eingetreten.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 13. Dezember 2018 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 0% verneint. Strittig ist somit, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

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 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung



und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

3.

Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; sog. Betätigungsvergleich). Bei Versicherten, die teilweise erwerbstätig und teilweise im Aufgabenbereich tätig sind, wird der Invaliditätsgrad für beide Bereiche nach der jeweiligen Methode berechnet; die Teilinvaliditätsgrade werden nach den Anteilen der Bereiche "gewichtet" und dann addiert (sog. gemischte Methode; Art. 28a Abs. 3 IVG).

4.

Die Beschwerdeführerin hat keine Schule besucht und auch keine Ausbildung absolviert. Sie ist seit ihrer Einreise in die Schweiz im September 2002 nie erwerbstätig gewesen. Im Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt hat sie angegeben, dass sie ohne eine gesundheitliche Beeinträchtigung zur Existenzsicherung eine Vollerwerbstätigkeit als Hilfsarbeiterin/Lagermitarbeiterin ausüben würde. Sie lebt allein in einer eineinhalb Zimmer-Wohnung. Ihre Tochter lebt in B.____ (IV-act. 164-30) und ihr Ehemann ist in B.____ verstorben (IV-act. 1). Die Beschwerdeführerin müsste also im fiktiven "Gesundheitsfall" zwingend eine Vollerwerbstätigkeit ausüben, um ihren Lebensunterhalt bestreiten zu können. Sie ist also als Vollerwerbstätige einzustufen. Da sie keinen Beruf erlernt hat, kann die Validenkariere ausschliesslich in einer Tätigkeit als Hilfsarbeiterin bestehen. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin in der angefochtenen Verfügung vom 13. Dezember 2018 somit zu Recht als Vollerwerbstätige eingestuft und beim Valideneinkommen auf das durchschnittliche Einkommen einer Hilfsarbeiterin (Zentralwert des Einkommens einer Hilfsarbeiterin gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik) abgestellt (IV-act. 181).



5.

5.1. Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdegegnerin hat dazu die PMEDA mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens beauftragt. Die Gutachter haben in einer adaptierten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob dem Gutachten vom 27. Juni 2018 voller Beweiswert zukommt, das heisst, ob es die vollständige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt.

5.2. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Notwendig ist zudem, dass der psychiatrische Gutachter die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden aufgestellten und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418).

6.

6.1. Alle Gutachter der PMEDA haben umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt (IV-act. 164-5 ff.) und diese gewürdigt (IV-act. 164-33 f., 164-39, 164-54). Sie haben die Beschwerdeführerin persönlich untersucht und die subjektiven Klagen aufgenommen (IV-act. 164-27 ff., 164-34 f., 164-40 f., 164-49 ff.) sowie die erhobenen objektiven Befunde im Gutachten wiedergegeben (IV-act. 164-31 f., 164-35 ff., 164-41 ff., 164-52 f.). Gestützt auf ihre Befunde haben sie die Diagnosen gestellt (IV-act. IV-act. 164-32 f., 164-39, 164-47, 164-53) und ihre Beurteilung zur Arbeits(un)fähigkeit, inklusive eine Konsensbeurteilung, abgegeben (IV-act. 164-34, 164-39, 164-47 ff., 164-54 f., 164-64 ff.). Die erhobenen Diagnosen haben im Wesentlichen denjenigen entsprochen, die auch der Hausarzt Dr. C.____ in den Berichten vom 30. Juli 2015, 6. Juli 2017 und 26. Januar 2018 angegeben hat. Hinweise darauf, dass die Untersuchung nicht umfassend gewesen wäre, bestehen nicht. Der psychiatrische Gutachter hat sich im Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung zwar nicht zu



den Standardindikatoren geäussert; da er aber keine Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt hat, ist dies auch nicht nötig gewesen. Die Ausführungen der Gutachter sind schlüssig und nachvollziehbar. Widersprüche bestehen im Gutachten nicht. Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Einwände des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin Zweifel am Gutachten zu wecken vermögen.

6.2. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, in Anbetracht der Berichte von Dr. C.____ vom 30. Juli 2015, 6. Juli 2017 und 26. Januar 2018 sei die im Gutachten attestierte vollständige Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten nicht nachvollziehbar. Dr. C.____ habe in seinen Berichten auf spezialärztliche Untersuchungen und Behandlungen hingewiesen und seine Beurteilung nicht nur auf seine eigenen Untersuchungen abgestützt. Die Berichte von Dr. C.____ begründeten erhebliche Zweifel an den Feststellungen und Beurteilungen im Gutachten. Zudem fehle in der Angabe der relevanten medizinischen Aktenlage im Gutachten der Bericht von Dr. C.____ vom 6. Juli 2017, dem Dr. C.____ medizinische Berichte im Umfang von 25 Seiten beigelegt habe. Dazu ist festzuhalten, dass der Bericht vom 6. Juli 2017 tatsächlich nicht in der Liste der explizit aufgeführten Vorakten enthalten ist. Die Gutachter haben aber vorausgeschickt, dass sie das gesamte vom Auftraggeber zusammengestellte Aktendossier gründlich geprüft und nur die für die Beantwortung der Gutachtenfragen wesentlichen Dokumente kurz zitiert hätten (IV-act. 165-5). Ferner ist relevant, dass die im Bericht vom 6. Juli 2017 aufgeführten Diagnosen denjenigen im Bericht von Dr. C.____ vom 26. Januar 2018 entsprochen haben; diesen Bericht haben die Gutachter der PMEDA ausdrücklich gewürdigt (IV-act. 164-65 f.). Somit ist davon auszugehen, dass die Gutachter über die von Dr. C.____ im Bericht vom 6. Juli 2017 genannten Diagnosen orientiert gewesen sind. Die dem Bericht vom 6. Juli 2017 beigelegten medizinischen Berichte haben, mit Ausnahme eines Berichts des H.____ vom 16. Dezember 2016, die Zeit vor dem Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns am 1. Oktober 2016 (sechs Monate nach der Anmeldung vom April 2016, vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) betroffen und sind damit nicht ausschlaggebend gewesen. Den Bericht vom 16. Dezember 2016 haben die Gutachter explizit erwähnt (IV-act. 164-23). Damit ist davon auszugehen, dass die Gutachter umfassende Kenntnis von den zur Prüfung eines Rentenanspruchs relevanten Vorakten gehabt haben. Betreffend die diametral unterschiedlichen Arbeitsfähigkeitsschätzungen der Gutachter (vollständige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit) und von Dr. C.____ (vollständige Arbeitsunfähigkeit) bei im Wesentlichen gleichen Diagnosen ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen



ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353, E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03, E. 2.4.2). Es ist deshalb davon auszugehen, dass Dr. C.____ aufgrund seines Therapieauftrags die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu pessimistisch eingeschätzt haben dürfte. Die Berichte von Dr. C.____ vermögen daher keine Zweifel am Gutachten zu wecken.

6.3. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat im Weiteren vorgebracht, in der internistischen Begutachtung seien eine regelmässige Spitex-Unterstützung sowie eine wöchentliche Physiotherapie, ferner eine Betreuung durch eine Sozialhelferin im Alltag festgehalten worden. Dies deute auf "erhebliche Einschränkungen in der Alltagsbewältigung auch in einer adaptierten Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt" hin. In Bezug auf das internistische Teilgutachten hat er angeführt, als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine fragliche hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie aufgeführt worden. Die von Dr. C.____ diagnostizierte Dyslipidämie sei als kardiovaskulärer Risikofaktor bekannt, im Gutachten aber nicht berücksichtigt worden. Es sei nicht hinreichend begründet, dass die Beschwerdeführerin in der Arbeitsfähigkeit kardiologisch gesehen nicht eingeschränkt sei. Gemäss den Unterlagen der Spitex vom 3. August 2018 (IV-act. 173-8 ff.) benötigt die Beschwerdeführerin Hilfe beim Richten der Medikamente, nicht aber bei deren Einnahme. Dass sich die Spitex-Fachpersonen bei dieser Gelegenheit bei der Beschwerdeführerin nach dem aktuellen gesundheitlichen Befinden erkundigen (vgl. die Einträge im Verlaufsbericht, IV-act. 173-9), vermag keinen spezifischen Unterstützungsbedarf und erst recht keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Auch eine wöchentliche Physiotherapie ist für sich allein kein Nachweis für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit, ebenso wenig eine Betreuung durch eine Sozialhelferin. Die internistische Sachverständige der PMEDA hat eine Dyslipidämie als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt. Sie hat diese also, entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters, in ihre Beurteilung miteinbezogen, auch wenn sie diese nicht explizit als kardiovaskulären Risikofaktor bezeichnet hat. Die Diagnose einer *fraglichen* hypertrophen obstruktiven Kardiomyopathie stellt bestenfalls eine Verdachtsdiagnose dar. Verdachtsdiagnosen sind nicht geeignet, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu belegen. Die internistische Gutachterin hat dieser Diagnose daher zu Recht keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen, zumal anlässlich der Untersuchung klinisch kein Anhalt für eine Herzinsuffizienz bestanden hat (vgl. die RAD-Stellungnahme vom 31. Oktober 2018, IV-act. 178).



6.4. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat weiter angeführt, der neurologische Gutachter (recte: orthopädische Gutachter) habe zur MRI-Untersuchung vom März 2018 festgehalten, bei der Brust- und Lendenwirbelsäule sei ein Kontakt zum Myelon bzw. zur Nervenwurzel ausgewiesen worden. Weshalb er später nur noch einen *möglichen* Neurokontakt genannt habe, sei unbegründet. Somit sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass bei einer vollen Arbeitstätigkeit nicht wesentlich ernstere, belastungsbedingte Rückenbeschwerden aufträten, insbesondere auch bei überwiegend sitzenden Tätigkeiten, wie sie für zumutbar gehalten worden seien. Der orthopädische Gutachter hat in Bezug auf die MRI-Untersuchung die bildgebenden Befunde zunächst lediglich zitiert; er hat also nicht in eigenen Worten festgehalten, dass ein Kontakt zum Myelon bzw. zur Nervenwurzel ausgewiesen worden sei (vgl. IV-act. 164-46). Bei der im Rahmen der orthopädischen Beurteilung festgehaltenen Angabe eines *möglichen* Neurokontakts ist davon auszugehen, dass der orthopädische Sachverständige die bildgebenden Befunde lege artis interpretiert hat. Der Einwand des Rechtsvertreters vermag deshalb keine Zweifel am orthopädischen Gutachten zu wecken.

6.5. Im Weiteren hat der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin geltend gemacht, im psychiatrischen Teilgutachten sei erwähnt worden, dass die Beschwerdeführerin Müdigkeit, Kraftlosigkeit und Vergesslichkeit seit vielen Jahren genannt und dies auf die HIV-Infektion zurückgeführt habe. Dr. C.____ habe am 26. Januar 2018 eine HIV-Infektion CDC Stadium B3 diagnostiziert, im Gegensatz zum Stadium B2 noch im infektiologischen Bericht vom 23. März 2018. Eine vollständige Arbeitsfähigkeit sei aufgrund des Fortschreitens der HIV-Infektion nicht ausgewiesen. Eine entsprechende Untersuchung durch die PMEDA sei nicht erfolgt. Die Verneinung einer Wechselwirkung der Diagnosen erweise sich im Gutachten somit ebenfalls als unbegründet. In der Replik hat er dann angeführt, die Berichte seit 2015 wiesen eine HIV-Infektion der Kategorie B3 aus, was für eine Verschlechterung spreche. Aus sozial- bzw. versicherungsrechtlichen Gründen sei dieser Wert unabhängig von der klinischen Kategorie C als AIDS-definierend zu bewerten (vgl. www.hivleitfaden.de). Zunächst ist festzuhalten, dass die Akten keinen infektiologischen Bericht vom 23. März 2018 enthalten (möglicherweise hat der Rechtsvertreter den Bericht vom 30. März 2016 gemeint). Wie der Rechtsvertreter selber angegeben hat, weisen die Berichte seit 2015 (mehrheitlich) die Diagnose HIV-Infektion CDC Stadium B3 (IV-act. 107, 111, 113, 114, 115), gelegentlich auch Stadium B2 (IV-act. 108, 118, 145), aus und enthalten damit keine Hinweise für eine Verschlechterung ab dem Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns am 1. Oktober 2016. Die internistische Sachverständige hat denn auch überzeugend festgehalten, die HIV-Infektion sei unter der etablierten Medikation seit



vielen Jahren stabil. Die Angabe im psychiatrischen Teilgutachten, dass die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren an Müdigkeit, Kraftlosigkeit und Vergesslichkeit leide und dies auf die HIV-Infektion zurückführe, basiert auf den Selbstangaben der Beschwerdeführerin und vermag keine Zweifel an der Beurteilung der internistischen Sachverständigen zu wecken. Soweit der Rechtsvertreter geltend gemacht hat, in Bezug auf die HIV-Infektion sei keine Untersuchung durch die PMEDA erfolgt, weshalb sich die Verneinung einer Wechselwirkung der Diagnosen im Gutachten als unbegründet erweise, ist entgegenzuhalten, dass die internistische Sachverständige die HIV-Marker bestimmt hat (IV-act. 164-33). Inwiefern sich die Verneinung der Wechselwirkung der Diagnosen als unbegründet erweisen soll, ist nicht nachvollziehbar. Ob eine HIV-Infektion CDC Stadium B3 in anderen Staaten aus sozial- bzw. versicherungsrechtlichen Gründen als AIDS-definierend bewertet wird (die entsprechende Angabe auf der vom Rechtsvertreter genannten Webseite bezieht sich auf die Vereinigten Staaten von Amerika, vgl. <https://www.hivleitfaden.de/cms/index.asp?inst=hivleitfaden&snr=6911&t=CDC+Klassifikation>, zuletzt besucht am 19. August 2021), ist in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin irrelevant.

6.6. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat eingewendet, im psychiatrischen Teilgutachten falle weiter auf, dass 2011, 2013 und 2015 eine mässige Depression bzw. eine rezidivierende depressive Episode diagnostiziert und behandelt worden sei. Die generelle Verneinung einer psychiatrischen Erkrankung sei nicht hinreichend begründet, auch nicht eine allfällige dauerhafte Remission. Der psychiatrische Gutachter hat im Begutachtungszeitpunkt keinen Anhalt für eine psychiatrische Erkrankung mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen können. Er hat dies im Abschnitt zum psychiatrischen Befund nach AMDP ausführlich begründet. Ausweislich des unauffälligen objektiven Befunds hat er die in den Vorakten erwähnte Depression als zurückgebildet bezeichnet. Die Beschwerdeführerin hat dem Gutachter gegenüber selber angegeben, dass sie vor etwa einem Jahr mit dem Einverständnis ihres Hausarztes das Antidepressivum abgesetzt habe und sich seither psychisch gut fühle. Zu berücksichtigen ist auch, dass die in den Vorakten erwähnte Diagnose einer Depression fachfremd gestellt worden ist. Anhaltspunkte dafür, dass eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung stattgefunden hätte, bestehen nicht. Die Beschwerdeführerin hat vielmehr angegeben, dass sie ca. 2013/2014 im Spital mit einem Antidepressivum behandelt worden sei, als sie wegen ihrer besorgniserregenden gesundheitlichen Situation betreffend die Lendenwirbelsäule mit starken Schmerzen sehr gelitten habe. Eine begleitende Psychotherapie sei damals nicht erfolgt. Entgegen



der Auffassung des Rechtsvertreters hat der psychiatrische Gutachter seine Beurteilung damit ausreichend begründet.

6.7. Im Weiteren hat der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin gerügt, auch aus der neuropsychologischen Untersuchung könne keine vollständige Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Die Rechtsprechung messe dem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur eine ergänzende Funktion zu (Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2008, 9C_458/2008, E. 4.2). Beschwerdevalidierungstests könnten ergänzend als mögliche Mosaiksteine der Begutachtung hilfreich sein. Diese seien aber in der Praxis mit Bezug auf Schmerzleiden noch nicht etabliert (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2015, 9C_899/2014, E. 4.2.3). Gemäss dem neuropsychologischen Teilgutachten solle eine Aggravationstendenz festzustellen gewesen sein. Die übrigen Teilgutachten hätten dies nicht ausgewiesen, sodass die neuropsychologische Abklärung in diesem Punkt für sich alleine stehe. Die unterdurchschnittlichen Werte und der IQ von erheblich unter 70 seien zwar festgehalten worden, aufgrund der in der Praxis nicht etablierten Beschwerdevalidierung sei aber eine höhere Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin angenommen worden. Dies sei unbegründet und widerspreche auch den obigen Angaben zu den deutlich eingeschränkten Ressourcen in der Alltagsbewältigung (Spitex, aufsuchende Sozialbegleitung, erwachsenenschutzrechtliche Vertretung, Sozialhilfeberatung). In der Replik brachte er ergänzend vor, eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermöge eine versicherte Gesundheitsschädigung nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber bestehe, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwögen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten seien, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen sei (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Oktober 2016, 9C_154/2016, E. 4.3). Diese Voraussetzungen seien vorliegend nicht erfüllt. Ferner machte er geltend, die Fachkompetenz der neuropsychologischen Gutachter Dr. F.____ und mag. G.____ sei nicht nachgewiesen. Mag. G.____ sei zudem im rechtlichen Gehör vom 11. Januar 2018 nicht unter den vorgesehenen Gutachtern erwähnt worden. Auch die Tatsache, dass mag. G.____ offenbar nur die testpsychologischen Erhebungen vollzogen habe, während Dr. F.____ die restliche neuropsychologische Untersuchung vorgenommen habe, erscheine als unüblich und sei vor dem Hintergrund des Analphabetismus und des Bedarfs nach einer französischen Übersetzung stark fehleranfällig. Die Schlussfolgerungen der neuropsychologischen Untersuchung seien



mit erheblichen Zweifeln behaftet. Zunächst ist festzuhalten, dass die neuropsychologischen Gutachter Dr. F. ___ und mag. G. ___ zum Ergebnis gelangt sind, dass keine invalidisierende kognitive Störung mit der hierfür gebotenen Wahrscheinlichkeit zu attestieren sei. Zur Arbeitsfähigkeit haben sie sich nicht geäußert. Beschwerdevalidierungstests werden in neuropsychologischen Testungen regelmässig zur Prüfung eines verzerrenden Antwortverhaltens eingesetzt. Die Gutachter der PMEDA haben in der Stellungnahme vom 17. Oktober 2018 denn auch darauf hingewiesen, dass die Durchführung von Symptomvalidierungstests als Qualitätsstandard testpsychologischer Untersuchungen gelte. Auch in den von der Schweizerischen Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen herausgegebenen Leitlinien für die neuropsychologische Begutachtung wird empfohlen, die Anstrengungsbereitschaft des Exploranden mit Hilfe von Beschwerdevalidierungsverfahren zu quantifizieren (vgl. Ziffer 7.4 der Leitlinien, abrufbar unter <https://www.neuropsychy.ch/de/fachpersonen/qualitaetssicherung>, zuletzt besucht am 19. August 2021). Ob sich Beschwerdevalidierungstests bei Schmerzleiden etabliert haben oder nicht, kann offengelassen werden, da die Beschwerdeführerin nicht an einer somatoformen Störung leidet. Entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters hat nicht nur die neuropsychologische Untersuchung, sondern auch die orthopädische Untersuchung Inkonsistenzen und Diskrepanzen aufgezeigt, sodass die Gutachter in der Konsensbeurteilung angegeben haben, dies spreche für eine Aggravation. Entgegen dem vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin angeführten Urteil des Bundesgerichts vom 19. Oktober 2016, 9C_154/2016, E. 4.3, ist festzuhalten, dass eine Aggravation das Bestehen einer Gesundheitsbeeinträchtigung, welche die Arbeitsfähigkeit reduziert, natürlich nicht ohne weiteres ausschliesst; massgebend ist vielmehr, ob die Gutachter trotz einer Aggravation den objektiv bestandenen Gesundheitszustand haben erheben können, was vorliegend der Fall gewesen ist. Zur Beurteilung der Fachkompetenz der neuropsychologischen Gutachter Dr. F. ___ und mag. G. ___ hat das Versicherungsgericht Unterlagen zu deren Aus- und Weiterbildungen erhalten (act. G 13.2). Mag. G. ___ hat in Österreich im Jahr 2009 einen universitären Abschluss in Psychologie erzielt. Eine Bestätigung der Anerkennung des Hochschulabschlusses in der Schweiz der Psychologieberufekommission des Bundesamts für Gesundheit liegt vor. Im Weiteren hat er im Jahr 2016 eine Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie der Gesellschaft für Neuropsychologie Österreich in Kooperation mit dem Berufsverband Psychologinnen und Psychologen abgeschlossen. Dr. F. ___ hat in Deutschland im Jahr 2008 die Anerkennung als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erhalten. Ausweise über eine fachspezifische Aus- oder Weiterbildung auf dem Gebiet der Neuropsychologie liegen



nicht vor. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung dient ein Gutachten dazu, Fachwissen, über welches die Verwaltung oder das Gericht nicht verfügt, in das Verfahren einzuführen. Die medizinischen Experten müssen deshalb über ein hinreichendes Fachwissen und über praktische Erfahrung verfügen. Da es sich bei der Medizin um eine internationale Wissenschaft handelt, muss dieses Fachwissen und die praktische Erfahrung nicht zwingend in der Schweiz erworben worden sein. Die Beurteilung des Ausbildungsstands eines medizinischen Experten ist generell nicht einfach, weshalb im Wesentlichen auf formelle Kriterien wie die vom Arzt erworbenen Facharztstitel abgestellt werden muss (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Mai 2020, 8C_767/2019, E. 3.3.2, m.w.H.). Gestützt auf die vorerwähnten Unterlagen ist davon auszugehen, dass mag. G.____ über hinreichende Fachkenntnisse auf dem Gebiet der Neuropsychologie verfügt, dies im Unterschied zu Dr. F.____. In Anbetracht dessen, dass mag. G.____ die testpsychologischen Untersuchungen durchgeführt hat und die neuropsychologische Beurteilung durch beide Gutachter erfolgt ist, ist es als ausreichend zu betrachten, dass ein Sachverständiger über das nötige Fachwissen verfügt hat. Auch wenn die von Dr. F.____ und mag. G.____ gewählte Vorgehensweise als unüblich erscheinen mag, liegen keine Hinweise dafür vor, dass die Beurteilung im neuropsychologischen Teilgutachten nicht lege artis erfolgt wäre. Zutreffend ist, dass mag. G.____ in der Mitteilung vom 11. Januar 2018 (IV-act. 137) nicht als vorgesehener Gutachter erwähnt worden ist. Der Rechtsvertreter hat jedoch weder im Vorbescheidverfahren noch im Beschwerdeverfahren Einwendungen gegen mag. G.____ vorgebracht, die gegen eine unabhängige Beurteilung durch mag. G.____ gesprochen hätten. Er hat einzig vorgebracht, dass mag. G.____ nicht auf der Liste der FachpsychologInnen für Neuropsychologie FSP mit einer jährlichen kontrollierten Fortbildung der Schweizerischen Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen SVPN aufgeführt sei. Wie bereits ausgeführt, verfügt mag. G.____ über die erforderlichen neuropsychologischen Fachkenntnisse; eine jährliche Teilnahme an einer Fortbildung des SVPN ist für eine gutachterliche Tätigkeit nicht erforderlich. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Einwände des Rechtsvertreters gegen das neuropsychologische Teilgutachten keine Zweifel am Gutachten zu wecken vermögen.

6.8. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat schliesslich vorgebracht, die Gutachter hätten nicht nachgefragt oder vertieft abgeklärt, inwieweit die Beschwerdeführerin aus invaliditätsrelevanten Gründen Aufgaben nicht oder falsch verstanden, im Alltag vorhandene Schmerzen, Unwohlsein und Müdigkeit bei der Begutachtung unterdrückt und eine selbstständige Lebensführung dissimuliert habe. Nicht nachvollziehbar sei, dass die Versicherte eine "angepasste" Tätigkeit, die zwangsläufig Hilfsarbeitercharakter habe und repetitiv sei, solle ausführen können. Ein



Widerspruch bestehe darin, dass in der neurologischen Untersuchung vom 27. September 2017 die Kooperationsbereitschaft vermindert gewesen sei, was für eine krankheitsbedingte Symptomatik spreche. Im Gutachten sei die Beschwerdeführerin mehrfach als kooperativ gelobt worden, obwohl ihr gleichzeitig ein inkonsistentes Verhalten vorgeworfen worden sei. Ob die Beschwerdeführerin in der neurologischen Untersuchung vom 27. September 2017 kooperativ gewesen ist oder nicht, ist hinsichtlich des Beweiswerts des Gutachtens nicht massgebend. Eine allfällige mangelnde Kooperation allein spricht auch nicht für eine krankheitsbedingte Symptomatik. Inkonsistentes Verhalten und Kooperation sind voneinander zu unterscheidende Verhaltensweisen einer Person. Auch bei einer guten Kooperation kann eine Person ein inkonsistentes (unter Umständen bewusstseinsfernes) Verhalten zeigen. Im Gutachten ist deshalb kein Widerspruch ersichtlich. Für die Gutachter hat kein Anlass bestanden, bei der Beschwerdeführerin vertieft abzuklären, ob sie Aufgaben nicht oder falsch verstanden oder ihren Gesundheitszustand zu optimistisch dargestellt habe. Anhaltspunkte dafür hat es nämlich offenkundig nicht gegeben. Die Gutachter haben eine körperlich leichte, wechselbelastende oder überwiegend sitzend ausgeübte Tätigkeit als zumutbar erachtet. Körperlich schwere Tätigkeiten und Arbeiten mit häufigen Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule und Arbeiten mit häufigem Armeinsatz über der Horizontalen haben sie ausgeschlossen. Selbst wenn eine Hilfsarbeiterinnentätigkeit repetitiv sein sollte, ist dies mit dem formulierten Tätigkeitsprofil vereinbar; eine repetitive Tätigkeit muss nämlich nicht mit der Einnahme einer Zwangshaltung verbunden sein.

6.9. Es bleibt zu prüfen, ob die Berichte von Dr. C.____ vom 20. August 2018 (IV-act. 173-15) und vom 19. November 2018 (act. G 9.1) Zweifel am Gutachten wecken. In Bezug auf die Attestierung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit durch Dr. C.____ im Bericht vom 20. August 2018 kann auf die Ausführungen in der Erwägung 5.2 verwiesen werden. Betreffend die Einlassungen von Dr. C.____ zur neuropsychologischen Untersuchung – Dr. C.____ hatte festgehalten, obwohl er bei den Erhebungen hochpathologische Werte sehe und obwohl ein Gesamt-IQ von 50 errechnet worden sei, der stark pathologisch sei, seien die Resultate bagatellisiert worden – haben die Gutachter der PMEDA in der Stellungnahme vom 17. Oktober 2018 überzeugend festgehalten (IV-act. 177), diese Ausführungen von Dr. C.____ seien irreführend, da die Untersuchung Anhaltspunkte für ein verfälschendes Antwortverhalten ergeben habe. Darauf ist zu verweisen. Der Bericht vom 19. November 2018 enthält sodann keine neuen Diagnosen oder medizinische Befunde, die auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der Begutachtung durch die PMEDA hinweisen würden.



6.10. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Einwände des Rechtsvertreters, das Schreiben der Spitex vom 3. August 2018 und die Berichte von Dr. C.____ vom 20. August 2018 und 19. November 2018 keine Zweifel am Gutachten wecken. Damit steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 13. Dezember 2018 in adaptierten Tätigkeiten vollständig arbeitsfähig gewesen ist. Das Tätigkeitsprofil besteht in einer körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit. Körperlich schwere Tätigkeiten und Arbeiten mit häufigen Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule und Arbeiten mit einem häufigen Armeinsatz über der Horizontalen sind ausgeschlossen. Aufgrund des geringen Bildungsniveaus sind Tätigkeiten, die das Lesen und Schreiben erfordern, ebenfalls ausgeschlossen. Retrospektiv haben die Gutachter der PMEDA eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit seit dem Jahr 2011 (Spondylodese) attestiert. Sie haben angegeben, in der Folge sei es jedoch zu Komplikationen und zu mehrfachen Schultergelenksbehandlungen gekommen, sodass vorangehend zumindest passager/phasenweise auch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden haben werde, was sich jedoch nicht näher zeitlich eingrenzen oder quantifizieren lasse. Auch für die Zeit vor dem Jahr 2011 haben gemäss den Gutachtern Behandlungen stattgefunden (HIV assoziiert, Oberschenkelhalsfraktur), die eine passagere/phasenweise höhergradige Arbeitsunfähigkeit bedingt haben, was sie jedoch ebenfalls nicht näher zeitlich haben eingrenzen oder quantifizieren können. Nachdem selbst die Gutachter die Dauer und die Höhe der bestandenen Arbeitsunfähigkeit nicht haben festlegen können, ist diesbezüglich von einer objektiven Beweislosigkeit auszugehen, deren Folge die Beschwerdeführerin zu tragen hat.

7.

Es bleibt der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu prüfen. Das Valideneinkommen besteht in einem durchschnittlichen Einkommen einer Hilfsarbeiterin (vgl. E. 4). Da die Beschwerdeführerin keinen Beruf erlernt hat, besteht die Invalidenkarriere ebenfalls in einer Tätigkeit als Hilfsarbeiterin. Der Betrag der Vergleichseinkommen kann daher mathematisch keine Rolle spielen; der Invaliditätsgrad ist anhand eines sogenannten Prozentvergleichs zu berechnen. Er entspricht also dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, allenfalls korrigiert um einen zusätzlichen Abzug. Der Arbeitsfähigkeitsgrad beträgt vorliegend an einem adaptierten Arbeitsplatz mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit 100%. Der Rechtsvertreter hat vorgebracht, die Beschwerdeführerin sei Analphabetin. Ausserdem sei HIV bei Arbeitgebern ein Hindernis. Soweit er damit geltend macht, die Restarbeitsfähigkeit sei nicht verwertbar, ist festzuhalten, dass eine HIV-Infektion in den allermeisten



Tätigkeiten kein Hindernis zu deren Ausübung darstellt. Davon ausgenommen sind Tätigkeiten, die eine Infektionsgefahr für Dritte beinhalten, was bei einer Hilfsarbeiterinnentätigkeit in der Regel nicht zutreffen dürfte. Der Analphabetismus ist ein Faktor, der zwar auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt ein Hinderungsgrund sein kann, um eine Arbeitsstelle zu finden. Auf dem (fiktiven) allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt können angepasste Hilfsarbeiten bei einer ausreichenden Instruktion durch den Vorgesetzten aber ohne weiteres von Analphabeten ausgeführt werden. Invalidenversicherungsrechtlich ist dieser Faktor – zur Vermeidung einer Vermengung von Invalidität und Arbeitslosigkeit – daher nicht massgebend. Die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist somit zu bejahen. Ob die Beschwerdeführerin mit indirekten Lohnnachteilen zu rechnen hätte, die einen zusätzlichen Abzug vom zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommen rechtfertigen würden (sog. Tabellenlohnabzug), kann vorliegend offenbleiben. Selbst bei einer grosszügigen Betrachtungsweise würde dieser Abzug nämlich sicher nicht mehr als 10% betragen, womit der Invaliditätsgrad 10% betragen würde. Ein Rentenanspruch resultiert damit nicht.

8.

8.1. 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^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zuzugunsten unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien.

8.2. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Entschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Honorarnote eingereicht. In einem durchschnittlich aufwändigen Beschwerdeverfahren betreffend einen Rentenanspruch spricht das Versicherungsgericht eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- zu. Da es sich vorliegend um ein durchschnittlich aufwändiges Beschwerdeverfahren handelt, erweist sich eine pauschale Entschädigung von Fr. 4'000.-- als angemessen. Diese ist



um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit entschädigt der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit Fr. 3'200.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

8.3. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Parteientschädigung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP, sGS 951.1]).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin wird zufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.

3.

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 3'200.--.