



**Fall-Nr.:** IV 2022/4  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 29.11.2022  
**Entscheiddatum:** 26.07.2022

### **Entscheid Versicherungsgericht, 26.07.2022**

**Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Rentenanspruch. Invalidenrente. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. Juli 2022, IV 2022/4).**

#### **Entscheid vom 26. Juli 2022**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2022/4

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Rudolf Strehler, S E K Advokaten, Dorfstrasse 21,  
8356 Ettenhausen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**



Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich im Mai 2018 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 11). Sie gab an, sie habe eine kaufmännische Ausbildung absolviert und sie arbeite aktuell in einem Vollpensum als angestellte Geschäftsführerin. Der Allgemeinmediziner Dr. med. B.\_\_\_\_ berichtete im Juni 2018 (IV-act. 24), die Versicherte leide an einer arteriellen Hypertonie, an Gonarthrosen beidseits, an einer Adipositas sowie an Gefühlsstörungen an den Händen und Füßen. Eine neurologische Abklärung sei im Gange. Eine Arbeitsunfähigkeit sei bislang nicht attestiert worden. Die Neurologin Dr. med. C.\_\_\_\_ hatte am 1. Juni 2018 festgehalten (IV-act. 28), die Versicherte leide an Schmerzen und Sensibilitätsstörungen im Bereich der Hände und Füsse bei einer möglichen small fibre-Neuropathie, die im Zusammenhang mit einer seit längerem bekannten diabetischen Stoffwechsellage stehen könnte, und einem engen Spinalkanal cervical, der allerdings klinisch asymptomatisch sei. Mit einer Mitteilung vom 12. Juli 2018 wies die IV-Stelle das Begehren um berufliche Massnahmen mit der Begründung ab, berufliche Massnahmen seien nicht notwendig, denn der Arbeitsplatz sei bereits an die Gesundheitsbeeinträchtigung angepasst worden, weshalb bislang keine Arbeitsunfähigkeit am Arbeitsplatz eingetreten sei (IV-act. 45).

**A.b.** Am 3. August 2018 berichtete der Neurochirurg PD Dr. med. D.\_\_\_\_ (IV-act. 48), ein im April 2018 erstelltes MRT der Halswirbelsäule habe eine höhergradige Spinalkanalstenose C4/5 und C5/6 gezeigt. Aufgrund der klinisch-radiologischen Befundkonstellation bestehe die Indikation für eine weiterführende diagnostische Abklärung mittels evozierter motorischer Potentiale, denn die Symptome würden wohl von der cervicalen Myelopathie verursacht. Möglicherweise werde die Versicherte von einer operativen Dekompression der Spinalkanalstenose profitieren. Der Neurologe Dr. med. E.\_\_\_\_ teilte am 24. September 2018 mit (IV-act. 52), die evozierten Potentiale



hätten die radiologisch bekannte cervicale Myelopathie funktionell bestätigt. Damit sei eine operative Dekompression indiziert. Allerdings sei nicht ganz klar, inwieweit die akralen Parästhesien tatsächlich dadurch erklärbar seien. Diesbezüglich empfehle sich eine ergänzende Abklärung im Rahmen der anstehenden Hospitalisation. Das Hauptproblem der Fusschmerzen dürfte nicht neurogenen Ursprungs, sondern arthrotischer Genese und durch das erhebliche Übergewicht begünstigt sein. Am 30. November 2018 wurde eine operative anteriore cervicale Discektomie C4/5 und C5/6 mit der Implantation eines Cage durchgeführt (IV-act. 58–10 f.). Am 16. Januar 2019 berichtete PD Dr. D.\_\_\_\_ über einen erfreulichen postoperativen Verlauf und über den Abschluss der neurochirurgischen Behandlung (IV-act. 63).

**A.c.** Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 29. Mai 2019 mit, dass sie eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag geben werde (IV-act. 68). Die Versicherte wies am 1. Juni 2019 darauf hin, dass sie am 29. November 2019 erneut an der Halswirbelsäule operiert werde, da sich ihre Beschwerden nicht gebessert hätten (IV-act. 70). Am 4. Dezember 2018 hatte PD Dr. D.\_\_\_\_ berichtet (IV-act. 80), nach dem Ausschöpfen der konservativen Therapie sei am 30. November 2018 eine erneute Operation an der Halswirbelsäule durchgeführt worden. Diese sei erfolgreich verlaufen. Am 10. Januar 2020 teilte PD Dr. D.\_\_\_\_ mit (IV-act. 88), die Versicherte habe in der ersten postoperativen Verlaufskontrolle nach der Operation vom 29. November 2019 angegeben, dass es ihr von den Schmerzen her deutlich besser als vor der Operation gehe. Die Gefühlsstörungen seien allerdings immer noch vorhanden. Die Nervenschmerzen in den Füßen seien nach der Operation kurzzeitig besser gewesen, aber jetzt sei es wieder fast so wie vor der Operation. Der Allgemeinmediziner med. pract. F.\_\_\_\_ berichtete am 24. März 2020 (IV-act. 95), die Beweglichkeit der Versicherten sei schmerzhaft eingeschränkt. Körperlich schwerere Tätigkeiten seien ihr nicht zumutbar. Die Versicherte arbeite trotz Schmerzen und Sensibilitätsstörungen wieder zu 50 Prozent in der angestammten Tätigkeit. Ein höheres Pensum sei ihr nicht zumutbar. Der Neurologe PD Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt am 15. April 2020 fest (IV-act. 102), die Versicherte leide an einer distal symmetrischen, axonal betonten Polyneuropathie. Der elektrophysiologische Befund decke sich mit jenem einer im Jahr 2016 durchgeführten Untersuchung. Das HbA1c sei leicht erhöht gewesen, weshalb ein



gestörter Glucosestoffwechsel als Ursache der Polyneuropathie weiterhin möglich bleibe.

**A.d.** Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die PMEDA AG am 17. November 2020 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 119). Der internistische Sachverständige Dr. med. H.\_\_\_\_ führte aus, die Versicherte leide an einer Adipositas. Ihr sei eine Gewichtsreduktion zu empfehlen. Die Adipositas schränke die Arbeitsfähigkeit allerdings nicht ein. Laborchemisch auffällig seien leicht erhöhte CRP- und BSR-Werte gewesen, die allerdings nach Angabe der Versicherten schon länger erhöht seien. Klinische Zeichen für einen Infekt hätten nicht bestanden. Gelenksveränderungen hätten im klinischen Befund nicht festgestellt werden können. Für eine rheumatische Erkrankung fehle jeder Anhalt. Der neurologische Sachverständige Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ hielt fest, der objektive klinische Befund, die Laborergebnisse und ein MRI des Gehirns seien weitestgehend unauffällig gewesen. Die sensiblen klinischen Befunde seien mit einer leichten sensiblen Polyneuropathie vereinbar, die erhaltenen Dehnungsreflexe liessen jedoch keine definitive topische (distal peripher-nervale) Zuordnung zu einer Polyneuropathie zu. Fehlende Paresen und fehlende Pyramidenbahnzeichen sprächen klinisch gegen einen motorischen Störungsanteil. Hinweise für eine ataktische Störung fehlten ebenfalls. Ungeachtet der offenen topischen Zuordnung sei das sensible Störungsbild gering ausgeprägt. Es könne die Arbeitsfähigkeit nicht namhaft mindern. Im klinischen Untersuchungsbefund hätten auch Hinweise auf eine cervicale Myelopathie gefehlt. Die hierzu geforderte Trias liege nicht vor und sei auch in den Akten nicht beschrieben. Eine encephale Erklärung scheidet topisch und bildmorphologisch aus. Die Versicherte habe während der gesamten neurologischen Untersuchung nicht namhaft schmerzgeplagt gewirkt. Auch habe kein wirksamer Analgetikaspiegel festgestellt werden können. Der Blutzucker- und der HbA1c-Wert seien leicht erhöht gewesen, weshalb eine diabetische Polyneuropathie im Anfangsstadium vorliegen könnte. Angesichts der Adipositas seien diätische Massnahmen zu empfehlen. Andere metabolische Ursachen für eine Polyneuropathie seien nicht zu erkennen. Gegen ein primäres restless legs-Syndrom spreche die Angabe der Versicherten, dass eine Behandlung mit dopaminergen Substanzen keine Verbesserung der Beschwerden bewirkt habe. Bereits in den ersten Berichten aus dem Jahr 2012 sei auf eine deutliche Differenz zwischen den elektrophysiologischen



Befunden und der im Vergleich dazu geringen klinischen Ausprägung der polyneuropathischen Befunde hingewiesen worden. Eine derartige Konstellation sei für hereditäre Polyneuropathien recht typisch, sodass diese Diagnose vorrangig zu erwägen sei. Vorrangig zur Diskussion stehe der Subtypus CMT HSN1. In Absprache mit der Versicherten und nach einer detaillierten Familienuntersuchung könne eine humangenetische Untersuchung erwogen werden. Genetisch determinierte Polyneuropathien seien derzeit allerdings weitgehend nicht therapierbar, weshalb eine solche Untersuchung lediglich einer diagnostischen Klärung dienen könnte. Zusammenfassend sei aus neurologischer Sicht unter Berücksichtigung der Anamnese, der Akten Daten, des klinischen Untersuchungsbefundes und der Zusatzdiagnostik kein ausreichender Anhalt für eine nervale Läsion mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu attestieren. In der neurologischen Untersuchung habe sich kein objektivierbarer Befund ergeben, der eine reduzierte Leistungsfähigkeit begründen könnte. Der psychiatrische Sachverständige Dr. med. J.\_\_\_\_ führte aus, die Versicherte habe mit einer ausreichenden Sprachproduktion ohne Antwortlatenzen berichtet. Die Sprachmelodie sei intakt gewesen. Der Rapport sei geordnet gewesen und habe nicht strukturiert werden müssen. Die Versicherte habe während des Explorationsgesprächs den Blickkontakt gehalten. Die Mimik und die Gestik seien lebhaft gewesen. Insgesamt habe die Versicherte keinen erheblich psychisch beeinträchtigten Eindruck hinterlassen. Ein Anhalt für qualitative oder quantitative Bewusstseinsstörungen habe nicht festgestellt werden können. Die Versicherte sei zu allen Qualitäten voll orientiert gewesen. Sie habe die Lebensdaten sicher rekonstruiert. Eine Zeitgitterstörung habe nicht vorgelegen. Das Langzeit- und das Kurzzeitgedächtnis seien intakt gewesen. Die Konzentration und die Aufmerksamkeit seien unauffällig gewesen. Das formale Denken sei geordnet, auf das Wesentliche beschränkt und angemessen schnell gewesen. Die Versicherte habe das Auftreten von paroxysmalen Panikattacken ohne einen zuzuordnenden Auslöser und ohne ein entsprechendes Vermeidungsverhalten berichtet. Hinweise für Zwangsgedanken, Zwangsimpulse oder Zwangshandlungen hätten nicht vorgelegen. Inhaltliche Denkstörungen hätten nicht vorgelegen. Hinweise auf akustische, optische, gustatorische, olfaktorische, taktile oder zoenästhetische Halluzinationen hätten nicht bestanden. Ich-Störungen hätten nicht eruiert werden können. Die Stimmung habe leicht belastet, aber nicht im eigentlichen Sinne depressiv gewirkt. Die Schwingungs- und die Modulationsfähigkeit seien intakt gewesen. Die



Auslenkung zum positiven Pol sei gelungen. Der Antrieb habe nicht höhergradig beeinträchtigt gewirkt. Die Psychomotorik sei unauffällig gewesen. Die testpsychologischen Zusatzuntersuchungen gemäss den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten hätten unauffällige Ergebnisse geliefert. Diagnostisch seien die geschilderte subsyndromale depressive Verstimmung und das Auftreten von Ängsten am ehesten als Angst und Depression gemischt zu qualifizieren, da keine der beiden Störungen eindeutig vorherrsche und da keine für sich allein genommen eine eigenständige Diagnose rechtfertige. Eine andere psychiatrische Erkrankung liege nicht vor. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte uneingeschränkt arbeitsfähig. In ihrer Konsensbeurteilung hielten die Sachverständigen fest, weder aktuell noch für die Vergangenheit könne eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Am 14. Dezember 2020 notierte Dr. med. K.\_\_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), das Gutachten überzeuge (IV-act. 121).

**A.e.** Mit einem Vorbescheid vom 6. Januar 2021 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Abweisung des Rentenbegehrens mangels Invalidität (Invaliditätsgrad von null Prozent) vorsehe (IV-act. 124). Dagegen wandte die Versicherte am 11. Januar 2021 ein (IV-act. 126), die Sachverständigen der PMEDA AG erfüllten gemäss dem Entscheid IV 2018/351 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 5. September 2019 die fachlichen Voraussetzungen für die Erstellung von Administrativgutachten nicht. Zudem seien deren Befunde widersprüchlich und in sich nicht schlüssig. Sie verlange eine erneute Begutachtung durch andere Sachverständige. Am 25. Februar 2021 liess die nun anwaltlich vertretene Versicherte ergänzend geltend machen (IV-act. 132), der psychiatrische Sachverständige Dr. J.\_\_\_\_ verfüge nicht über die Qualifikation zur Erstellung eines neuropsychologischen Gutachtens. Sein Teilgutachten sei aber primär ein neuropsychologisches Gutachten. Folglich sei es nicht verwertbar. Gestützt auf die zahlreichen fachärztlichen Vorberichte sei eine halbe Rente zuzusprechen. Die Sachverständigen der PMEDA AG hätten sich nicht mit den vorrangig problematischen, ausgedehnten, intensiven Missempfindungen der Extremitäten befasst. Die neurologische Beurteilung widerspreche jener der behandelnden Neurologen. Sie decke sich nur mit den Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_, der jedoch weder Vorakten noch bildgebende Befunde vorgelegen hätten, die also gar nicht im Bilde gewesen sei. Der in einem Bericht aus dem Jahr 2012 erwähnten grenzwertigen Dyslipidämie sei aus nicht



nachvollziehbaren Gründen nicht nachgegangen worden. Die psychische Störung sei nur unzureichend abgeklärt worden. Dem Umstand, dass sich die Versicherte bei der Psychotherapeutin lic. phil. L.\_\_\_\_ in Behandlung befinde, sei keine Rechnung getragen worden. Am 3. Februar 2021 hatte die Psychotherapeutin L.\_\_\_\_ berichtet (IV-act. 133), die Versicherte leide an einer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, an einer Panikstörung sowie an einer generalisierten Angststörung. Zu empfehlen seien eine Stressreduktion, die Angstbewältigung und eine Optimierung des Schlafrhythmus. Die PMEDA AG nahm am 26. Juli 2021 Stellung zu den Einwänden der Versicherten und dem Bericht der Psychotherapeutin L.\_\_\_\_ (IV-act. 138). Sie hielt fest, die Psychotherapeutin L.\_\_\_\_ habe keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit genommen. Die von ihr genannten Diagnosen seien versicherungsmedizinisch als nicht invalidisierend zu qualifizieren. Der Bericht enthalte weder eine ausführliche Anamnese noch eine Bearbeitung der diagnostischen Kriterien einer Panikstörung. Auch fehle eine differenzierte Analyse der angegebenen Schmerzen. Die Diagnosen erschienen damit insgesamt als nicht ausreichend geprüft und untermauert. Der psychiatrische Sachverständige Dr. J.\_\_\_\_ habe keine neuropsychologische, sondern eine psychiatrische Begutachtung durchgeführt, für die er qualifiziert gewesen sei. In diesem Rahmen seien testpsychologische Zusatzuntersuchungen gemäss den Qualitätsrichtlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten durchgeführt worden. Am 16. November 2021 gewährte die IV-Stelle der Versicherten die Gelegenheit zur Stellungnahme zu diesen Ausführungen (IV-act. 140). Die Versicherte liess am 25. Februar 2021 (recte wohl: 2. Dezember 2021) geltend machen (IV-act. 141), die PMEDA AG habe sich mit den medizinischen Ausführungen ihres Rechtsvertreters gar nicht befasst. Die Behauptung, Dr. J.\_\_\_\_ sei qualifiziert, sei durch nichts bewiesen. Die IV-Stelle werde nicht umhin kommen, eine weitere Begutachtung in Auftrag zu geben. Mit einer Verfügung vom 7. Dezember 2021 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten ab (IV-act. 142).

### **B.**

**B.a.** Am 19. Januar 2022 liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 7. Dezember 2021 erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusprache mindestens einer halben Rente und eventualiter die Anordnung einer



polydisziplinären Begutachtung. Zur Begründung führte er aus, der psychiatrische Sachverständige Dr. J.\_\_\_\_ habe primär eine neuropsychologische Testung durchgeführt, für die er fachlich nicht qualifiziert gewesen sei, weshalb das Gutachten der PMEDA AG nicht verwertet werden dürfe. Der neurologische Sachverständige habe die ihm gestellte Frage nach der genauen Diagnose nicht beantwortet, aber trotzdem behauptet, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei nicht beeinträchtigt. Das überzeuge nicht. Mit den neurologischen Vorakten habe er sich nicht eingehend befasst.

**B.b.** Die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) beantragte am 7. April 2022 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung führte sie an, entgegen der Behauptung des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin habe Dr. J.\_\_\_\_ keine neuropsychologische Testung durchgeführt. Das gehe aus dem Gutachten selbst bereits hervor. In formaler Hinsicht bestehe kein Grund, der gegen die Verwertung des Gutachtens spreche. Inhaltlich sei das Gutachten überzeugend. Die Beschwerdeführerin sei folglich uneingeschränkt arbeitsfähig und damit nicht invalid.

**B.c.** Die Beschwerdeführerin liess am 24. Mai 2022 an ihren Anträgen festhalten (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 10).

### Erwägungen

#### 1.

Der Zweck dieses Beschwerdeverfahrens erschöpft sich in der Überprüfung der angefochtenen Verfügung vom 7. Dezember 2021 auf deren Rechtmässigkeit, weshalb sein Gegenstand jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen muss. Dieses hat sich nach der verbindlichen Abweisung des Begehrens um berufliche Massnahmen am 12. Juli 2018 auf die Prüfung des Rentenbegehrens der Beschwerdeführerin beschränkt. Folglich ist auch in diesem Beschwerdeverfahren ausschliesslich zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin im hier massgebenden Zeitraum nach der Anmeldung zum Leistungsbezug im Mai 2018 respektive ab dem 1. November 2018 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung gehabt hat.



### 2.

**2.1.** Gemäss dem Art. 28 Abs. 1 IVG hat eine versicherte Person einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, wenn sie während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und wenn sie nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist. Für die Bemessung der Invalidität wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG).

**2.2.** Die Beschwerdeführerin hat eine kaufmännische Ausbildung absolviert und anschliessend im erlernten Beruf gearbeitet. In den Jahren vor der Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung ist sie als Geschäftsführerin in einem Dienstleistungsbetrieb tätig gewesen, wobei sie verschiedene anspruchsvolle Aufgaben ausgeführt hat. Das von der Beschwerdegegnerin berücksichtigte Valideneinkommen von 65'000 Franken erweist sich vor diesem Hintergrund ohne weiteres als deutlich zu tief, zumal der effektive Lohn  $13 \times 7'000 = 91'000$  Franken betragen hatte. Die Beschwerdeführerin hat im Zuge der zur Diskussion stehenden Gesundheitsbeeinträchtigung das Pensum reduziert, aber die angestammte Tätigkeit weitergeführt. Nichts deutet darauf hin, dass sie ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung einen Karrierewechsel eingeschlagen hätte, weshalb die Validenkarriere der Weiterführung der angestammten Tätigkeit entspricht. Das Valideneinkommen entspricht dem statistischen Zentralwert der Löhne, die Geschäftsführerinnen erhalten, die über dieselbe Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung verfügen und jene Arbeiten ausführen, die die Beschwerdeführerin als Geschäftsführerin ausgeführt hat. Die Frage nach dem genauen Betrag des Valideneinkommens kann unbeantwortet bleiben, wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergeben wird.

**2.3.** Für die Bestimmung der Invalidenkarriere und des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist massgebend, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht in welchem Umfang noch zugemutet werden können. Zur Beantwortung dieser Frage hat die Beschwerdegegnerin die PMEDA AG mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens beauftragt. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, das Gutachten der PMEDA AG sei schon



deshalb nicht verwertbar, weil der psychiatrische Sachverständige Dr. J.\_\_\_\_ statt einer psychiatrischen Begutachtung eine neuropsychologische Testung durchgeführt habe, für die er fachlich nicht qualifiziert gewesen sei. Dieser Vorwurf ist unbegründet, denn Dr. J.\_\_\_\_ hat keine neuropsychologische Testung, sondern vielmehr „testpsychologische Zusatzuntersuchungen gemäss den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie“ durchgeführt, wie sich seinem Teilgutachten ohne Weiteres entnehmen lässt (IV-act. 119–106). Die Wiedergabe der testpsychologischen Resultate hat sich zwar im Gutachten mit mehr Seiten als beispielsweise die Beschreibung des objektiven klinischen Befundes nach AMDP niedergeschlagen, aber daraus kann entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters nicht abgeleitet werden, die testpsychologischen Untersuchungen hätten das Kernstück der Begutachtung gebildet. Aus dem psychiatrischen Teilgutachten geht eindeutig hervor, dass Dr. J.\_\_\_\_ seine Schlussfolgerungen hinsichtlich der Diagnosestellung und der Arbeitsfähigkeitsschätzung massgeblich mit den von ihm erhobenen objektiven klinischen Befunden begründet und die Resultate der testpsychologischen Zusatzuntersuchungen lediglich als zusätzliche Begründungselemente herangezogen hat. Diesbezüglich liegt also entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin kein formaler Grund vor, der gegen die Verwertung des Gutachtens der PMEDA AG sprechen würde. Weitere formale Gründe, die gegen die Verwertung des Gutachtens sprechen würden, sind nicht ersichtlich. Inhaltlich erweist sich die psychiatrische Beurteilung durch Dr. J.\_\_\_\_ als überzeugend. Die Ausführungen der behandelnden Psychotherapeutin L.\_\_\_\_ sind nicht geeignet, Zweifel an der Überzeugungskraft des psychiatrischen Teilgutachtens zu wecken, denn wie Dr. J.\_\_\_\_ in seiner nachträglichen Stellungnahme zu jenen Ausführungen festgehalten hat, hat der Bericht der Psychotherapeutin L.\_\_\_\_ weder eine ausführliche Anamnese noch eine Auseinandersetzung mit den Kriterien für die von ihr gestellten Diagnosen einer Panikstörung und einer Schmerzstörung enthalten. Zudem hat die Psychotherapeutin L.\_\_\_\_ keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin genommen. Schliesslich ist nach der bundesgerichtlichen Auffassung dem Umstand Rechnung zu tragen, dass in Bezug auf die Psychotherapeutin L.\_\_\_\_ aufgrund ihres Behandlungsauftrages ein objektiver Anschein der Befangenheit besteht. Der Beweiswert des internistischen Teilgutachtens ist von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht in Frage gestellt worden. Das internistische Teilgutachten erweist sich als sorgfältig erarbeitet und überzeugend begründet. In Bezug auf das neurologische Teilgutachten hat der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zahlreiche Einwände vorgebracht, die aus neurologisch-fachärztlicher Sicht so weit am Thema vorbei gegangen sind, dass der neurologische Sachverständige Prof. Dr. I.\_\_\_\_ keine



Veranlassung gehabt hat, sich damit auseinander zu setzen. Dazu ist er (aus der Sicht eines medizinischen Laien) durchaus berechtigt gewesen, denn sein Teilgutachten überzeugt durch eine Ausführlichkeit und Sorgfältigkeit nicht nur hinsichtlich der Anamnese- und Befunderhebung, sondern auch hinsichtlich der Herleitung der Diagnosen und der Begründung der Arbeitsfähigkeitsschätzung, wie sie in einem MEDAS-Administrativgutachten selten anzutreffen sind. Dem Sachverständigen Prof. Dr. I. \_\_\_ ist es gelungen, anhand der zahlreichen, inhaltlich teilweise divergierenden fachärztlichen Berichte und der im Rahmen der Begutachtung umfassend erhobenen objektiven klinischen und bildgebenden Befunde ein stimmiges Gesamtbild zu erstellen. Seine diagnostischen Erwägungen sind nicht nur ausführlich, sondern auch verständlich und überzeugend begründet. Der Umstand, dass er offen eingeräumt hat, letztlich verblieben noch gewisse diagnostische Unsicherheiten, die wohl nur mit sehr aufwendigen Zusatzuntersuchungen beseitigt werden könnten, was aber weder in versicherungsmedizinischer noch in therapeutischer Hinsicht von Nutzen wäre, spricht nicht gegen, sondern vielmehr für die hohe Qualität seiner Beurteilung. Dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ist schliesslich entgegen zu halten, dass sich die Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht aus der (genauen) Diagnose, sondern aus dem objektiven klinischen Befund ergibt, der gemäss den detaillierten und überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. I. \_\_\_ weitestgehend unauffällig gewesen ist und das Attest einer Arbeitsunfähigkeit für die angestammte oder eine andere körperlich eher leichte Tätigkeit nicht hat rechtfertigen können. Widersprüche innerhalb des neurologischen Teilgutachtens oder (nicht erklärte) Widersprüche zu den Berichten der behandelnden Ärzte sind nicht auszumachen. Zusammenfassend besteht kein Grund zu einem Zweifel an der Überzeugungskraft des neurologischen Teilgutachtens. Obwohl die drei Sachverständigen der PMEDA AG allesamt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hatten attestieren können, was theoretisch dazu hätte verleiten können, keine eigentliche Konsensbesprechung durchzuführen, haben sie gestützt auf die von ihnen gewonnenen Ergebnisse in den einzelnen Fachdisziplinen eine sorgfältig begründete Konsensbeurteilung abgegeben, die vollumfänglich überzeugt. Gestützt auf das Gutachten der PMEDA AG steht folglich mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin im hier massgebenden Zeitraum ab dem 1. November 2018 in ihrer angestammten Tätigkeit nie länger dauernd arbeitsunfähig gewesen ist. Sie ist folglich objektiv in der Lage gewesen, ihre angestammte Tätigkeit ohne Einschränkungen weiter zu führen und damit ein dem Valideneinkommen entsprechendes Invalideneinkommen zu erzielen, weshalb unabhängig vom genauen Betrag der Vergleichseinkommen ein Invaliditätsgrad von null Prozent resultiert. Die Beschwerdeführerin ist also nicht invalid gewesen.



### 3.

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. Die Gerichtskosten sind angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzen. Sie sind durch den von der Beschwerdeführerin geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; diese sind durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt.
3. Das Begehren um eine Parteientschädigung wird abgewiesen.