



Fall-Nr.: IV 2015/290
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 17.09.2019
Entscheiddatum: 28.02.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 28.02.2018

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Würdigung Gutachten.

Arbeitsfähigkeitsschätzung auch unter der Rechtsprechung nach BGE 141 V 281 beweiskräftig. Bezüglich der retrospektiven Arbeitsfähigkeitsschätzung abstellen auf die Berichte der behandelnden Ärzte und des RAD. Zusprache einer befristeten Dreiviertelsrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. Februar 2018, IV 2015/290). Entscheid vom 28. Februar 2018

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und a.o.
Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei;

Gerichtsschreiber Daniel Furrer

Geschäftsnr.

IV 2015/290

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Michael Grimmer, Peyer Partner Rechtsanwälte,
Löwenstrasse 17, Postfach, 8021 Zürich 1,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente (Abklärung)

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 16. Juni 2011 unter Hinweis auf Erbrechen, Durchfall, Magen- und Bauchbeschwerden sowie Übelkeit zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 1). Bis zum Ausbruch der Krankheit Mitte Januar 2011 arbeitete die Versicherte als Chefin Detailhandel in der Bäckerei – Konditorei B.____ (IV-act. 16, 18).

A.b Der Hausarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 27. September 2011 eine Sprue bei aerogener Glutenexposition, Histologie: Marsh Grad III b, sowie eine gastroösophageale Refluxkrankheit. In Bezug auf den Einsatz im Lebensmittelbereich mit Exposition von glutenhaltigen Mehlen wie in Bäckereien, Cafés und Verkaufsstellen sei die Versicherte zeitlebens nicht mehr einsetzbar. Weiter wurde eine eingeschränkte Belastbarkeit des rechten Ellenbogens (kein Heben von Lasten jeglicher Art auch unter 1 kg bis Ende Oktober 2011 und verminderte Belastungsfähigkeit des rechten Ellenbogengelenkes voraussichtlich für ein weiteres Jahr) festgehalten (IV-act. 14). Im Sprechstundenbericht des Spitals D.____ vom 7. Dezember 2011 wurde eine Epicondylitis humero-radialis am Ellenbogen rechts diagnostiziert und eine Operation in Aussicht gestellt (IV-act. 23). Am 4. Januar 2012 wurde im Spital D.____ eine Denervation des Epicondylus humeri radialis rechts durchgeführt (vgl. Operationsbericht vom 5. Januar 2012, IV-act. 26). Dr. C.____ berichtete im Verlaufsbericht vom 1. Mai 2012 von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und führte als neue Diagnose ein myofaciales Schmerzsyndrom rechts auf (IV-act. 28). Am 6. August 2012 wurde die Versicherte im Schmerzzentrum des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) aufgrund von chronifizierten Schmerzen im



St.Galler Gerichte

Bereich des rechten Armes und Kiefers untersucht. Im Bericht vom 10. August 2012 hielten die Ärzte das Vorliegen eines chronifizierten Schmerzsyndroms fest und verwiesen sie zu weiteren Abklärungen an die Kollegen der Rheumatologie (IV-act. 55). Im Verlaufsbericht vom 27. August 2012 hielt Dr. C.____ fest, dass die durchgeführte Operation und die physiotherapeutischen Massnahmen keinen wesentlichen Erfolg gebracht hätten. Die bisherige Tätigkeit sei der Versicherten nicht mehr zumutbar. Eine Tätigkeit ohne jegliche Belastung des rechten Armes (keine Überkopfarbeiten, keine permanenten Schreibarbeiten, keine Kassentätigkeit und keine Arbeit mit beiden Händen am Computer über einen Zeitraum von ca. 1 Stunde) sei ihr im zeitlichen Rahmen von 4 Stunden möglich (IV-act. 32). Im Departement Innere Medizin Rheumatologie/Rehabilitation des KSSG wurde die Versicherte am 4. und 22. Oktober 2012 untersucht. Im Bericht vom 13. November 2012 wurden wie vom Schmerzzentrum chronifizierte überwiegend nozizeptive Schmerzen mit somatischen und psychischen Anteilen, Chronifizierung nach Gerbershagen Stadium III und eine Sprue diagnostiziert (IV-act. 51).

A.c Dr. med. E.____, Spezialärztin für Neurologie FMH, beschrieb im Verlaufsbericht vom 17. September 2013, dass die Versicherte aufgrund starker Muskel- und Gelenksbeschwerden kaum im Stande sei, Alltagsgegenstände über einen längeren Zeitraum festzuhalten, dies nur unter Inkaufnahme starker Muskel- und Gelenkschmerzen. Es sei zu einer Akzentuierung der muskulären Beschwerden gekommen. Vom klinischen Aspekt her handle es sich vorrangig um eine Myositisproblematik, welche jedoch laborchemisch nicht eindeutig bestätigt werden können. Diese Beschwerden würden zusätzlich zu der atypischen Multiplen Sklerose bestehen. Aufgrund der bestehenden Zölliakie sei die bisherige Tätigkeit in der Bäckerei nicht mehr zumutbar. Theoretisch wäre eine Teilarbeitsfähigkeit von maximal 50% stundenweise in einer sehr leichten Tätigkeit mit Wechselhaltung ohne differenzierte feinmotorisch-manuelle Anforderungen oder gar Gewichtsbelastungen über 2 kg denkbar (IV-act. 74).

A.d Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte bei der Gutachterstelle medaffairs in Basel internistisch, rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch untersucht. Im Gutachten vom 4. Mai 2015 wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden



St.Galler Gerichte

diagnostizierend ein Wide Spread Pain Syndrome / Fibromyalgie, ein myofaszielles Schmerzsyndrom mit Beteiligung der Kaumuskulatur (carnio-mandibulär) rechtsbetont, Erstdiagnose Dezember 2011, allgemein myofaszielles Beschwerdebild (MRT und Halswirbelsäule mit leichtgradigen degenerativen Veränderungen der kaudalen und zervikalen Facettengelenke ohne weitere Pathologien), chronische Spannungskopfschmerzen, eine analgetika-induzierte Kopfschmerzkomponente, eine Tennisellenbogen-Operation im Januar 2012 rechts mit Status nach repetitiven Kortison-Injektionen und Ruhigstellung, entzündungshemmender Bestrahlung Ellenbogen rechts mit 3 Grey, ein Verdacht auf Myopathie unklarer Ätiologie, unspezifische cerebrale Marklagerveränderungen, ein Status nach Hysterektomie 2010, Zöliakie, Erstdiagnose April 2010, gut kontrolliert mit diätischen Massnahmen, differentialdiagnostisch enteropathisch bedingte periphere Arthralgien sowie aktenanamnestisch ein Status nach depressiver Episode 2012 und eigenanamnestisch ein Status nach depressiver Episode vor ca. 10 Jahren. Aus gesamtmedizinischer Sicht bestehe eine noch unklare Myopathie, welche neurologisch vermutet werde und in einem spezialisierten Zentrum weiter abgeklärt werden müsste. Die Diagnose einer atypischen Multiplen Sklerose lasse sich nicht bestätigen, weshalb die diesbezügliche immunsupprimierende Therapie dringend überdacht werden sollte. Die Hauptbeschwerdesymptomatik sei das Wide Spread Pain- / Fibromyalgie-Syndrom, welches in Zusammenhang mit der neurologischen Diagnose der Myopathie beurteilt werden müsse. Für den Fall, dass sich in der empfohlenen neurologischen Befundung der Verdacht auf eine Myopathie nicht bestätige, könne von einem syndromalen Beschwerdebild ausgegangen werden. Somit wäre eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin und in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als Servicemitarbeiterin nicht eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht bestünden keinerlei Einschränkungen (IV-act. 100).

A.e Mit Vorbescheid vom 1. Juni 2015 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Die medizinische Abklärung habe ergeben, dass keine relevanten Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen würden und die Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie in einer anderen angepassten Tätigkeit 100% arbeitsfähig sei (IV-act. 104).



St.Galler Gerichte

A.f Mit Einwand vom 13. Juli 2015 beantragte die Versicherte, ihr seien die gesetzlichen Leistungen zu erbringen und es sei ihr insbesondere eine Invalidenrente auszurichten. Aufgrund der unbestritten vorliegenden Zöliakie sei es völlig schleierhaft, wie von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit in der Bäckerei ausgegangen werden könne. Eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit sei aber auch in einer angepassten Tätigkeit nicht realisierbar. Das Gutachten, auf welches sich der Vorbescheid stütze, erwähne an verschiedenen Stellen, dass noch weitere Abklärungen notwendig seien. Es liege eine unklare Myopathie vor, welche in einem spezialisierten Zentrum weiter abgeklärt werden müsse. Somit sei der Sachverhalt ungenügend abgeklärt. Selbst beim Vorliegen einer Fibromyalgie wäre der Anspruch der Versicherten unter Prüfung der vom Bundesgericht entwickelten Standardindikatoren zu prüfen gewesen, für welche das Gutachten unbrauchbar sei. Zudem sei nicht von einer Fibromyalgie sondern mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer atypischen Multiplen Sklerose auszugehen (IV-act. 111).

A.g Mit Verfügung vom 7. August 2017 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten ab. „Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne auf das vorliegende Gutachten abgestellt werden. Sowohl bei Verdachtsdiagnosen als auch bei bisher nicht weiter eingegrenzten respektive nicht zugeordneten Diagnosen“ fehle „zum Untersuchungszeitpunkt der Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, dass eine Versicherungsleistung geschuldet“ sei. Weiter ändere die Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung nichts an den Regeln betreffend Zumutbarkeit, namentlich nicht am Erfordernis einer objektivierten Beurteilungsgrundlage (IV-act. 114).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegend zu beurteilende Beschwerde vom 14. September 2015. Die Beschwerdeführerin beantragt, ihr seien die gesetzlichen Leistungen zu erbringen und es sei ihr ab Januar 2012 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu deren Lasten. Die von den Gutachtern empfohlenen Abklärungen im Hinblick auf die unklare Myopathie sowie die Einschlusskörperchenmyositis seien für den Rentenentscheid von ausschlaggebender Bedeutung. Eine Muskelbiopsie habe



aufgrund der verordneten Steroidtherapie nicht durchgeführt werden können. Aus diesem Grund sei die Steroidtherapie zwischenzeitlich abgesetzt worden, obwohl Dr. E.____ nach wie vor an der gestellten Diagnose einer atypischen Multiplen Sklerose festhalte. Selbst wenn von einer Fibromyalgie ausgegangen würde, müsste diese nach den vom Bundesgericht entwickelten Standardindikatoren geprüft werden. Das medaffaires Gutachten lasse eine solche Prüfung jedoch nicht zu. Aber selbst wenn im Begutachtungszeitpunkt von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen würde, wäre ihr zumindest temporär bis dahin eine Rente auszurichten (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 16. November 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Auf das medaffaires Gutachten könne abgestellt werden. Darin seien keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben worden und die Verdachtsdiagnose einer Multiplen Sklerose habe nicht bestätigt werden können. Betreffend Myopathie würden sich nur geringe Hinweise finden. Der pathologische EMG-Befund erkläre die Beschwerden nicht und die EMG-Untersuchung zeige auch kein typisches Bild für eine Einschlusskörperchenmyositis. Eine abschliessende Beschwerdeantwort könne zudem erst abgegeben werden, wenn der Bericht der Muskelbiopsie vorliege (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 26. Januar 2016 hält die Beschwerdeführerin unverändert an der Beschwerde fest (act. G 10). Zudem reichte sie einen Bericht betreffend die Muskelbiopsie des Universitätsspitals Basel vom 18. Dezember 2015 ein (act. G 10.1). Mit Schreiben vom 15. Februar 2016 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Duplik. Sie hielt am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (act. G 12).

Erwägungen

1.

1.1 Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

1.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die: a. ihre Erwerbsfähigkeit



oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind; und c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind. Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigsten zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

1.4 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und



pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen).

1.5 Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

1.6 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Gericht und Verwaltung von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2011, 8C_73/2011, E. 4.1). Wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt wurde, kann das Gericht die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen.

2.

2.1 Vorab ist die Frage zu beantworten, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt.

2.2 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung auf das Gutachten der medaffairs vom 4. Mai 2015. Die Gutachter kamen darin zum Schluss, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen sei. Die Hauptbeschwerdesymptomatik sei das Wide Spread Pain- / Fibromyalgie-Syndrom, welches in Zusammenhang mit der neurologischen Diagnose der Myopathie beurteilt werden



müsse. Für den Fall, dass sich in der empfohlenen neurologischen Befundung der Verdacht auf eine Myopathie nicht bestätige, könne von einem syndromalen Beschwerdebild ausgegangen werden. Somit wäre eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin und in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als Servicemitarbeiterin nicht eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht bestünden keinerlei Einschränkungen (IV-act. 100-18).

2.3 Die Beschwerdeführerin hält fest, dass die von den Gutachtern empfohlenen Abklärungen im Hinblick auf die unklare Myopathie sowie die Einschlusskörperchen-Myositis für den zu fällenden Rentenentscheid von ausschlaggebender Bedeutung seien. Da keine entsprechenden Abklärungen vorgenommen worden seien, sei der Sachverhalt zu wenig abgeklärt (act. G 1, S. 10).

2.3.1 Im Gutachten wurde festgehalten, dass die 2010 aufgetretenen muskuloskelettalen Beschwerden, insbesondere der gelenknahen Muskulatur und der Gelenke, primär im Zusammenhang mit der Sprue gesehen worden seien. Dies könne durchaus zutreffen. Bei guter Kontrolle der Grunderkrankung könnten indessen keine Beschwerden im damaligen Ausmass mehr vorliegen. Aus rheumatologischer Sicht seien anamnestisch, klinisch und laborchemisch keine Anzeichen für eine Myositis objektivierbar. Ein Anti-Jo1-Syndrom oder eine Einschlusskörpermyositis lägen nicht vor. Differentialdiagnostisch bestehe aus rheumatologischer und neurologischer Sicht eine unspezifische Myopathie, welche bisher nicht weiter eingegrenzt, respektive zugeordnet habe werden können. Insbesondere gehe eine derartige Erkrankung üblicherweise nicht mit invalidisierenden Muskelschmerzen einher (die aktuell daher der Fibromyalgie zugeordnet würden), zumindest nicht zu Beginn der Erkrankung. Insgesamt würden sich auch nur geringe Hinweise auf eine Myopathie finden, wobei namentlich der lediglich mässig pathologische myopathische EMG-Befund die beklagten Beschwerden nicht erklären könne. Insgesamt könne daher aktuell nicht davon ausgegangen werden, dass die Beschwerden der Beschwerdeführerin ihre Ursache in einer neuromuskulären Erkrankung hätten. Aus gesamtmedizinischer Sicht bestehe eine noch unklare Myopathie, welche neurologisch vermutet werde, und in einem spezialisierten Zentrum weiter abgeklärt werden müsste. Aktuell könne jedoch aus rheumatologischer Sicht die Diagnose eines Wide Spread Pain Syndrom / einer Fibromyalgie in den Vordergrund gestellt werden versus die neurologische



Verdachtsdiagnose einer Myopathie. Für eine Fibromyalgie typisch seien Muskel- und Gelenkschmerzen, welche nicht auf ein somatisches Korrelat zurückgeführt werden könnten. Wie der neurologische Gutachter hätte auch Dr. E. ___ im September 2013 eine nur geringe periphere pathologische Spontanaktivität im EMG objektiviert und einen neurogenen Prozess ausgeschlossen, jedoch im Rahmen einer rheumatologischen Grunderkrankung eine Myositis vermutet. Im Weiteren sei in den Vorakten erwähnt worden, dass die Antikörperbefunde wie SCL-70 oder Anti-Jo-1 typischerweise bei der seltenen Einschlusskörperchenmyositis vorliegen würden, was aus rheumatologischer Sicht nicht korrekt sei. Die aufgeführten Antikörper würden sich vielmehr bei einer Myositis und spezifisch bei einem Antisynthetase-Syndrom (Polymyositis) finden. Diese Erkrankungen hätten vorliegend weder rheumatologisch noch laborchemisch diagnostiziert werden können. Von einer Einschlusskörperchenmyositis seien zudem häufiger Männer im höheren Alter betroffen, Frauen hingegen weniger. Im Weiteren würden sich bei der Beschwerdeführerin auch keine anderen laborchemischen Auffälligkeiten finden und die proximale Muskulatur sei primär betroffen und nicht peripher, wie dies bei der Einschlusskörperchenmyositis der Fall wäre (IV-act. 100-14 ff.).

2.3.2 Aus dem Bericht des Universitätsspitals Basel vom 18. Dezember 2015 geht hervor, dass die Muskelbiopsie keine Anhaltspunkte für eine entzündliche Myopathie geliefert habe. Es wurde einzig eine gesteigerte Neutralfetteinlagerung objektiviert und differentialdiagnostisch eine Fettstoffwechselstörung erwähnt (act. G 10.1).

2.3.3 Obwohl die Gutachter bezüglich der Myopathie und der Einschlusskörperchenmyositis wiederholt darauf hinwiesen, dass keine bzw. wenig objektivierbare Anzeichen für die entsprechenden Diagnosen vorhanden waren, kamen sie zum Schluss, dass insbesondere die noch unklare Myopathie noch weiter abgeklärt werden müsste. Vor diesem Hintergrund hätten sich weitere Abklärungen aufgedrängt. Mit der Durchführung einer Muskelbiopsie hat die Beschwerdeführerin selber diese weiteren Abklärungen getätigt. Dabei konnten keine Anhaltspunkte für eine entzündliche Myopathie festgestellt werden und es gab offenbar auch keine Anzeichen für eine Einschlusskörperchenmyositis, da im Befund entzündliche Infiltrationen und rimmed vacuoles verneint wurden. Somit erübrigt sich eine Rückweisung zur Durchführung weiterer Abklärungen.



2.4 Weiter führt die Beschwerdeführerin aus, dass sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unter einer atypischen Multiplen Sklerose und nicht unter einer Fibromyalgie leide (IV-act. 111-3) und dass die behandelnde Ärztin Dr. E.____ an der gestellten Diagnose auch weiterhin festhalte (act. G 1, S. 10).

2.4.1 Im Bericht vom 4. März 2013 hielt Dr. E.____ fest, dass aufgrund eines auffälligen cerebralen MRI-Befundes mit gliotischen, MS-verdächtigen Herden an den Hinterhörnern der Seitenventrikel ohne Aktivitätszeichen zum Untersuchungszeitpunkt, auf Wunsch der Beschwerdeführerin eine weiterführende MS- bzw. differentialdiagnostische Abklärung erfolgt sei. Bereits damals wurde die Diagnose gestellt, dass sehr wahrscheinlich eine atypische Multiple Sklerose vorliege (IV-act. 61-1 f.). Im Bericht vom 4. September 2013 hielt Dr. E.____ an dieser Diagnose fest, zumal die Beschwerdeführerin auf die entsprechende Behandlung anspruch (IV-74-6 ff.).

2.4.2 Die medaffairs Gutachter setzten sich mit dieser Diagnose auseinander und kamen zum Schluss, dass die Verdachtsdiagnose einer Multiplen Sklerose, welche im März 2013 gestellt worden sei und seither unter immunmodulatorischer Therapie behandelt werde, aktuell nicht bestätigt werden könne (IV-act. 100-15). Im neurologischen Teilgutachten wurde nachvollziehbar dargelegt, dass die Kriterien zur Diagnose einer Multiplen Sklerose nicht erfüllt seien und dass die Indikation zu einer immunmodulierenden Therapie mit Avonex dringend kritisch überprüft werden müsse (IV-act. 100-44 f.). Daraus muss geschlossen werden, dass das Vorliegen einer atypischen Multiplen Sklerose nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist.

2.5 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass auf das nachvollziehbare medaffairs Gutachten im Wesentlichen abgestellt werden kann. Soweit erklärt wird, die Beschwerdeführerin sei auch in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit in der Bäckerei uneingeschränkt arbeitsfähig, erscheint dies allerdings zu weitgehend. So hielt bereits RAD-Arzt Dr. F.____ am 16. Dezember 2012 fest, dass wegen der diagnostizierten Zöliakie die Beschwerdeführerin nicht mehr in Kontakt mit Mehlstaub arbeiten sollte (IV-act. 18). Diese Einschätzung ändert jedoch im Ergebnis nichts an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.



3.

3.1 Die Beschwerdeführerin bringt des Weiteren vor, dass die Überwindbarkeit anhand der vom Bundesgericht neu definierten Indikatoren und im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens ergebnisoffen und einzelfallgerecht geprüft werden müssten. Selbst wenn man von einer Fibromyalgie ausgehen würde, hätte eine solche Prüfung zu erfolgen, was die Beschwerdegegnerin aus nicht nachvollziehbaren Gründen unterlassen habe. Das medaffairs Gutachten lasse die Prüfung dieser Standardindikatoren nicht zu, weil sich die hierfür notwendigen Informationen aus dem Gutachten schlichtweg nicht entnehmen lassen würden (act. G 1, S. 10 f.). Die Beschwerdegegnerin hält demgegenüber in der Beschwerdeantwort fest, dass das Gutachten bezüglich der neu anzuwendenden Indikatoren nicht per se seinen Beweiswert verliere. Darin seien die Foerster'schen Kriterien geprüft worden, welche nicht erfüllt seien. Übertragen auf die nun massgebenden Indikatoren könne festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin bisher keine psychiatrischen Therapien in Anspruch genommen habe und dass weder eine psychische noch eine körperliche Begleiterkrankung vorliegen würden. Das soziale Umfeld der Beschwerdeführerin sei erhalten und ihr Aktivitätsniveau scheine nicht eingeschränkt zu sein. Auch verfüge sie über viele Ressourcen. Damit halte das Gutachten auch unter der neuen Rechtsprechung stand und es könne darauf abgestellt werden (act. G 4, S. 3 f.).

3.2 Ob die Fibromyalgie als invalidisierend zu berücksichtigen ist, ist nach der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts gemäss BGE 141 V 281 zu beurteilen. Mit dieser Entscheidung hat das Bundesgericht das bisherige Regel-/Ausnahmemodell durch ein strukturiertes, normatives Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Katalogs von Indikatoren erfolgt nunmehr eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Die geänderte Rechtsprechung bedeutet indes nicht, dass während der Geltungsdauer der Rechtsprechung von BGE 130 V 352 (sog. Überwindbarkeitspraxis) eingeholte Gutachten ihren Beweiswert per se verlieren würden. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob das



abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (Entscheid des Bundesgerichts vom 30. November 2015, 9C_739/2014, E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6).

3.3 Die gutachterliche Diagnose einer Fibromyalgie (ICD-10: M79.7) wurde sorgfältig und nachvollziehbar erhoben. Die Beschwerdeführerin macht insbesondere kraftlose, unsichere Beine und Muskelschmerzen im ganzen Körper geltend. Zusätzlich würden auch eine Gelenkschmerzhaftigkeit und Berührungsempfindlichkeit im unteren Rücken, verstärkte Müdigkeit sowie verminderte Leistungsfähigkeit vorliegen (IV-act. 100-24 f.). Die Beschwerdeführerin leide unter einem syndromalen Beschwerdebild, bei welchem die subjektiven Beschwerden nicht auf ein strukturelles oder morphologisches Korrelat zurückgeführt werden könnten, sondern im Rahmen der generalisierten Schmerzempfindung zu interpretieren seien (IV-act. 100-36). In psychiatrischer Hinsicht wurde zwar ein Status nach einer reaktiv depressiven Episode festgehalten, welche jedoch remittiert sei. Aktuell könne keine psychiatrische Einschränkung festgehalten werden, insbesondere bestehe keine somatoforme Schmerzstörung (IV-act. 100-15 ff.). Somit liegt keine psychische Komorbidität vor. Die Beschwerdeführerin wurde vielmehr als gefestigte Persönlichkeit beschrieben, welche ihrer Selbstwirksamkeit im Umgang mit der Erkrankung grosse Bedeutung zuschreibe. In der Vergangenheit habe sie sich nicht gescheut, in schwierigen Situationen auch psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sie habe im Umgang mit ihren aktuellen gesundheitlichen Einschränkungen Copingstrategien erlernt und wende diese an. Sie verfüge über viele Ressourcen in Form eines stabilen sozialen Umfelds, Hobbies und Interessen sowie der Fähigkeit zu Selbstreflexion, Achtsamkeit und Durchhaltevermögen. Von psychiatrischer Seite finde keine Behandlung statt. Bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine aktive Frau mit vielen Ressourcen (IV-act. 100-57 f.). Weiter gab die Beschwerdeführerin an, dass sie sozial in der Familie und mit Freunden gut eingebunden sei und in der Partnerschaft sowie in der eigenen Familie auf Ressourcen zurückgreifen könne (IV-act. 100-28). Weitere Ressourcen wurden im regelmässigen Muskel- und Ausdauertraining festgehalten (IV-act. 100-17). Vor diesem Hintergrund überzeugt die gutachterliche Einschätzung, dass die Fibromyalgie nicht invalidisierend ist auch unter Anwendung der Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281. Die gegenteiligen Ausführungen über einen sozialen Rückzug und einen Ressourcenmangel sind unbegründet (act. G 10).



3.4 Zusammenfassend besteht kein Anlass von der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von der beweiskräftigen medizinischen Einschätzung des medaffairs Gutachtens abzuweichen. Es kann davon ausgegangen werden, dass bei der Beschwerdeführerin unter Gluten-freier Ernährung und Expositionsschutz vor Mehlstaub keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin und in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als Servicemitarbeiterin – ausserhalb einer Bäckerei – vorliegt. Damit ist bei der Beschwerdeführerin ab dem Begutachtungszeitpunkt keine rentenbegründende Invalidität ausgewiesen.

4.

4.1 Zu prüfen bleibt jedoch, ob die Beschwerdeführerin – wie in der Beschwerde beantragt (vgl. act. G 1, S. 11) – allenfalls einen vorübergehenden Rentenanspruch ab Februar 2011 hatte.

4.2 Bezüglich des Beginns einer medizinisch begründbaren Arbeitsunfähigkeit wurde im medaffairs Gutachten auf die ab dem 31. Januar 2011 hausärztlich attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit verwiesen und weiter festgehalten, dass eine retrospektive Einschätzung nicht möglich sei (IV-act. 100-17).

4.3 In der angestammten Tätigkeit wurde der Versicherten von Dr. C.____ im Bericht vom 27. September 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 17. Oktober 2011 (recte: 17. Januar 2011; vgl. Fremddakten) attestiert. An diesem Datum begann somit das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG zu laufen. Ein möglicher Rentenanspruch konnte somit frühestens im Februar 2012 entstehen, nachdem zu diesem Zeitpunkt auch sechs Monate seit der Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG) vom 16. Juni 2011 abgelaufen waren.

4.4 Dr. G.____ hielt im Arztbericht vom 30. November 2011 fest, prinzipiell erscheine bei geeignetem Arbeitsplatzprofil eventuell eine Teilarbeitsfähigkeit möglich. Er empfehle zunächst das postoperative Ergebnis – Epicondylitis humeri radialis Ellbogen rechts, durchgeführt am 4. Januar 2012 (IV-act. 26) – abzuwarten, wobei aufgrund der guten Prognose mittelfristig sicherlich mit einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei (IV-act. 23-2). Jedoch hielt der RAD-Arzt Dr. F.____ in der Stellungnahme vom 15. Mai



2012 einen verschlechterten Gesundheitszustand fest. Die Versicherte könne keine Tätigkeiten ausführen, bei denen der rechte Arm belastet werden müsse. Es bestehe weiterhin keine Eingliederungsfähigkeit (IV-act. 30). Auch die Ärzte des Schmerzzentrums des KSSG gingen im Bericht vom 10. August 2012 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus (IV-act. 55-4). Im Bericht vom 27. August 2012 hielt Dr. C.____ eine Arbeitsfähigkeit von 50% in einer adaptierten Tätigkeit erstmals wieder für zumutbar (IV-act. 32-4). Dieser Einschätzung schloss sich auch RAD-Arzt Dr. F.____ im Bericht vom 16. Oktober 2012 an (IV-act. 38). Die Eingliederungsverantwortliche hielt im Bericht vom 27. Juni 2013 jedoch fest, dass aus gesundheitlichen Gründen eine Eingliederung derzeit nicht möglich sei, dies obwohl die Beschwerdeführerin absolut willig und motiviert sei (IV-act. 71-3 ff.). Die Neurologin Dr. E.____ erachtete hingegen im Bericht vom 17. September 2013 eine adaptierte Tätigkeit im Umfang von maximal 50% stundenweise auf die Wochenarbeitszeit verteilt als möglich (IV-act. 74-4). Im Verlaufsbericht vom 3. Januar 2014 ging Dr. C.____ jedoch wieder von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus. Offenbar hätte die Therapie mit Steroiden zu einer Beinschwäche seit Ende November 2013 geführt. Er verneinte eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (IV-act. 77). In der Stellungnahme vom 22. April bzw. 26. Mai 2014 hielt der RAD-Arzt Dr. F.____ überdies fest, dass ein nicht eindeutig geklärt Gesundheitschaden mit offensichtlich fluktuierenden funktionellen Einschränkungen im muskuloskelettalen Bereich vorliege (IV-act. 93-2).

4.5 Obwohl die medaffairs Gutachter keine retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vornehmen konnten, kann vorliegend nicht davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung zum Gutachtenszeitpunkt ohne weiteres auf die davorliegende Zeit übernommen werden kann. Dagegen spricht einerseits, dass die Gutachter zu dieser fraglichen Zeitspanne gerade keine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgeben konnten und andererseits die diversen Arztberichte, worin jeweils eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit festgehalten wurde. Aufgrund dessen, dass nicht nur von den behandelnden Ärzten, sondern auch von den RAD-Ärzten wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit von 50% attestiert wurde, erscheint es vorliegend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erwiesen, dass die Beschwerdeführerin ab 31. Januar 2011 bis zum Gutachtenszeitpunkt zumindest im Umfang von 50% arbeitsunfähig war.

5.



5.1 Für das Valideneinkommen ist massgebend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1). Gemäss Angaben der letzten Arbeitgeberin hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2011 ein Einkommen von Fr. 70'829.-- erzielt (IV-act. 16-4), was unbestritten blieb (vgl. IV-act. 103). Darauf kann abgestellt werden. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2012 (Index 2011: 2'604, 2012: 2'630) ergibt dies ein Valideneinkommen von Fr. 71'536.--.

5.2 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht, sofern kumulativ besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass die versicherte Person die ihr verbleibende Leistungsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft und das Einkommen aus der Arbeitsleistung angemessen und nicht als Soziallohn erscheint. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so ist auf Erwerbstätigkeiten abzustellen, die der versicherten Person (nach zumutbarer Behandlung und allfälliger Eingliederung) angesichts ihrer Ausbildung und ihrer physischen sowie intellektuellen Eignung zugänglich wären. Rechtsprechungsgemäss werden hierzu die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen (BGE 129 V 472 E. 4.2.1).

5.3 Aufgrund der Sprue-Erkrankung und dem dadurch nötigen Expositionsschutz vor Mehlstaub (vgl. IV-act. 100-18) war der Beschwerdeführerin die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in einer Bäckerei mit Café nicht mehr zumutbar. Deshalb ist auf die Werte der LSE abzustellen. Aufgrund ihrer Ausbildung im Detailhandel und ihrer Position bei der letzten Arbeitgeberin als Chefin Detailhandel (IV-act. 16-2) sowie bei der vorletzten Arbeitgeberin als Fachleiterin Kasse/Administration (IV-act. 86-7) ist vorliegend der



St.Galler Gerichte

Wert gemäss LSE 2012, TA1, 47 Detailhandel, Frauen, Kompetenzniveau 3 von Fr. 4'887.-- heranzuziehen. Aufgerechnet auf die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.8 Stunden ergibt sich ein Tabellenlohn von Fr. 61'283.-- (Fr. 4'887.-- x 12 / 40 x 41.8).

5.4 Nach der Rechtsprechung hängen die Fragen, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls ab (etwa leidensbedingte Einschränkung, Alter und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind, wobei der maximal zulässige Abzug auf 25% festzusetzen ist. Eine schematische Vornahme des Tabellenlohnabzugs ist unzulässig (BGE 126 V 79 E. 5b und 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen).

5.5 In der Stellungnahme des RAD vom 15. Mai 2012 wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin keine Tätigkeiten ausführen könne, bei denen der rechte Arm belastet werden müsse, selbst Schreiarbeiten mit der rechten Hand seien derzeit nicht ausführbar (IV-act. 30). In einer weiteren RAD-Stellungnahme vom 16. Oktober 2012 wird als ideal leidensadaptiert eine leichte Tätigkeit, das heisst eine gleichsam einarmige Tätigkeit mit dem funktionell gesunden (vermutlich adominanten) linken Arm mit einem Zeitpensum von ca. vier Stunden als zumutbar erachtet (IV-act. 38). Daraus ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin selbst bei leichten Tätigkeiten noch wesentlich eingeschränkt war, was einen Tabellenlohnabzug von mindestens 10% rechtfertigt. Ob ein höherer Tabellenlohnabzug gerechtfertigt wäre, kann vorliegend offen bleiben, da selbst bei einem 25%igen Abzug keine höhere Invalidenrente resultieren würde.

5.6 Bei einer Arbeitsfähigkeit von 50% und einem Tabellenlohnabzug von 10% ergibt dies ein Invalideneinkommen von Fr. 27'577.-- (Fr. 61'283 x 0.5 x 0.9). Daraus resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 43'959.-- (Fr. 71'536.-- – Fr. 27'577.--) und ein Invaliditätsgrad von gerundet 61% (Fr. 43'959.-- / Fr. 71'536.-- x 100). Damit hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine befristete Dreiviertelsrente ab 1. Februar 2012.

5.7 Auf die rückwirkende Zusprache einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente sind die für die Rentenrevision geltenden Normen (Art. 17 ATSG i.V.m. Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201)



analog anzuwenden (BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis, BGE 109 V 125 E. 4a). Wird rückwirkend eine derartige Rente zugesprochen, sind daher einerseits der Moment des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden zeitlichen Vergleichsgrössen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2010, 8C_468/2010, E. 2 sowie vom 25. Mai 2010, 8C_834/2009, E. 2 mit Hinweis). Ist aufgrund eines Gutachtens überwiegend wahrscheinlich, dass sich der Gesundheitszustand verbessert hat, nicht aber ersichtlich, in welchem Zeitpunkt diese Besserung stattgefunden hat, so kann es sich jedoch rechtfertigen, die Rente bereits auf den Zeitpunkt des Gutachtens hin herabzusetzen oder aufzuheben (Urteil vom 10. Februar 2012, 8C_670/2011, E. 5.1 mit Hinweisen). Vorliegend nahmen die Gutachter keine retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor, dennoch ist davon auszugehen, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und somit der Arbeitsfähigkeit im Vergleich mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte und der der RAD-Ärzte bereits vor der Begutachtung stattgefunden hat und nicht erst mit dem Gutachten eingetreten ist. Deshalb rechtfertigt es sich in diesem Fall, die Rente bereits auf den Zeitpunkt des Gutachtens vom 4. Mai 2015 aufzuheben, womit die Dreiviertelsrente bis zum 31. Mai 2015 zu befristen ist.

6.

6.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 7. August 2015 aufgehoben und der Beschwerdeführerin eine befristete Dreiviertelsrente vom 1. Februar 2012 bis 31. Mai 2015 zugesprochen wird. Zur Festsetzung der Rentenhöhe ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

6.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Um ihren Leistungsanspruch durchzusetzen, musste die Beschwerdeführerin das vorliegende Gerichtsverfahren anstrengen. Dessen Ausgang entsprechend hat die unterliegende



Beschwerdegegnerin die Gerichtskosten zu tragen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

6.3 Die obsiegende Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist. Vorliegend erscheint – wie in vergleichbaren Fällen üblich – eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 7. August 2015 aufgehoben und der Beschwerdeführerin vom 1. Februar 2012 bis 31. Mai 2015 eine Dreiviertelsrente zugesprochen wird. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistungen wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.