



**Fall-Nr.:** IV 2017/238  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 15.07.2020  
**Entscheiddatum:** 28.02.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 28.02.2020**

**Art. 16 ATSG; Art. 28 IVG; Art. 44 ATSG: Ein Einigungsverfahren ist bei mono- und bidisziplinären Gutachten nur erforderlich, wenn gegen die eröffneten Gutachterstelle oder Gutachter sofort Einwand erhoben wird. Dies gilt auch bei nicht rechtsvertretenen versicherten Personen und war vorliegend nicht der Fall. Dass die psychiatrische Gutachterin bei der Beurteilung eines rund sieben Jahre zuvor rechtskräftig abgewiesenen Gesuchs als RAD-Ärztin mitwirkte, bewirkt nicht von vornherein die Beweisuntauglichkeit des Gutachtens. Im Übrigen ist auf das Gutachten abzustellen, wonach die Versicherte zu 80 % arbeitsfähig ist. Aus dem Einkommensvergleich resultiert ein Invaliditätsgrad von höchstens 37 %, weshalb die Beschwerdeführerin keinen Rentenanspruch hat (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. Februar 2020, IV 2017/238).**

#### **Entscheid vom 28. Februar 2020**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Miriam Lendfers und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2017/238

Parteien

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



## St.Galler Gerichte

### Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Regula Schmid, Engelgasse 2, Postfach 42,  
9004 St. Gallen,

gegen

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

### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich am 15. Oktober 2015 zum dritten Mal bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Sie machte geltend, sie sei seit Jahren depressiv, sei müde, habe keine Kraft, habe Schwindel und sei oft erschöpft. Sie habe keinen Appetit, nehme (bei bestehendem Untergewicht weiter) an Gewicht ab, habe Probleme mit dem Gleichgewicht und es fehle ihr an Selbstwertgefühl (IV-act. 66).

**A.b.** Die Versicherte hatte vom 13. August 1990 bis zum 30. Mai 2000 in einem Pensum von 6,5 Stunden an 4 Tagen wöchentlich als Küchenhilfe in der B.\_\_\_\_ gearbeitet (Angaben C.\_\_\_\_ vom 27. April 2001, IV-act. 4), war wegen eines massiven Burnout-Syndroms mit Erschöpfungscharakter und massivem Untergewicht (42 kg bei Körpergrösse 172 cm) vom 5. Juni bis 1. Juli 2000 in der Klinik D.\_\_\_\_ stationär behandelt worden (Bericht vom 24. Juli 2000, IV-act. 5-5 ff.) und hatte am 6. April 2001 erstmalig um Leistungen der IV ersucht (IV-act. 1). Das Gesuch um berufliche Massnahmen war gestützt auf Berichte einer Psychotherapeutin vom 16. Juni 2001 (IV-act. 5-4), einen Arztbericht des Hausarztes Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 9. August 2001 (Eingang, IV-act. 5-1 ff.) und einem Bericht des Eingliederungsberaters vom



## St.Galler Gerichte

26. September 2001 (IV-act. 8) mit Verfügung vom 20. November 2001 abgewiesen worden (IV-act. 13). Ab 1. Mai 2002 hatte die Versicherte einmal wöchentlich während ca. sechs Stunden als Reinigungskraft gearbeitet (Angaben vom 2. Mai 2006 [Eingang], IV-act. 23)

**A.c.** Am 12. April 2006 hatte die Versicherte wegen Erschöpfung, Depression und körperlicher sowie psychischer Überlastung ein zweites Gesuch gestellt (IV-act. 16). Im Auftrag der IV-Stelle war sie durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Psychiatrie/Psychotherapie FMH, begutachtet worden (Gutachten von 2. Februar 2007, IV-act. 48). Der Gutachter war zum Schluss gekommen, aufgrund der anamnestischen Angaben, der in den Akten beschriebenen sowie der in der Untersuchung erhobenen Befunde könne aus psychiatrischer Sicht keine für die Arbeitsfähigkeit relevante Diagnose gestellt werden. Die Versicherte leide aber an einem psychophysischen Erschöpfungssyndrom, welches seines Erachtens auf eine somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes (ICD-10: F45.31) bei wahrscheinlich prämorbid vorbestehender ängstlicher Persönlichkeit zurückzuführen sei. Nach dem Aufenthalt in der Klinik D.\_\_\_\_ im Juli 2000 habe sich ihr psychophysischer Zustand zunehmend gebessert und derzeit sei sie in einer dem körperlichen Leiden angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig (IV-act. 48-6). RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie/Psychotherapie, hatte am 14. Februar 2007 Stellung genommen: Das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ sei umfassend, kohärent, in sich widerspruchsfrei und nachvollziehbar. Es könne vollumfänglich darauf abgestellt werden. Die Arbeitsfähigkeit sei in angestammter und angepassten leichten Tätigkeiten in stressarmer Umgebung mit geregelten Arbeitszeiten und ohne Nacharbeit 100 % (IV-act. 49). Zu einem Arztbericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, vom 5. Mai 2007 (IV-act. 62) hatte die RAD-Ärztin am 9. Mai 2007 geäußert, diesem seien keine neuen Diagnosen oder Funktionsausfälle zu entnehmen, welche nicht bereits in der psychiatrischen Begutachtung von Dr. F.\_\_\_\_ gewürdigt worden seien (IV-act. 63). Mit Verfügung vom 10. Mai 2007 hatte die IV-Stelle einen Rentenanspruch abgelehnt (IV-act. 65).

**A.d.** Dr. med. I.\_\_\_\_, Eidg. Fachärztin für Psychiatrie, hielt im Arztbericht vom 22. Oktober 2015 fest, sie behandle die Versicherte nach diversen Psychologinnen und einem Psychiater seit 7. Oktober 2015. Sie diagnostizierte eine rezidivierende



## St.Galler Gerichte

depressive Störung, bestehend seit Jahren, in den letzten Jahren verschlechtert, mittelgradige Episoden mit somatischen Symptomen (ICD-10: F33.11), eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen; Depression, Angst, Sorgen, Anspannung (ICD-10: F43.23) sowie eine Anorexia nervosa, bestehend seit Jahren, chronifiziert, BMI 15 (ICD-10: F50.0). Die Versicherte sei im gegenwärtigen psychischen und physischen Zustand zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 72-1 f.).

**A.e.** Anlässlich einer Haushaltsabklärung führte die Versicherte aus, ihre Mutter habe sich zum Messie entwickelt und innerhalb von 48 Stunden ins Altersheim eintreten müssen. Sie habe mit ihren Geschwistern über Wochen das Ekel erregende Haus räumen müssen. Sie ekle sich seither vor allem (Fleisch-, Fett- und andere Essensdüfte). Sie finde nur drei bis vier Stunden Schlaf pro Nacht und fühle sich am Steuer unsicher. Seit Januar 2015 verrichte sie während ca. zwei Stunden wöchentlich Reinigungsarbeiten bei der J.\_\_\_\_ in K.\_\_\_\_. Bei guter Gesundheit wäre sie zu mindestens 50 % bis 60 % im Gastrobereich erwerbstätig. Die Abklärungsperson ermittelte im Betätigungsvergleich keine Einschränkung im Haushalt (0 %; zum Ganzen: Abklärungsbericht Haushalt vom 6. April 2016, IV-act. 80). In ihrer Stellungnahme vom 22. September 2016 führte RAD-Ärztin Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, im Wesentlichen aus, der medizinische Sachverhalt sei hinsichtlich Untergewicht sowie Persönlichkeit und Erschöpfungssyndrom weiter abzuklären (IV-act. 84).

**A.f.** Daraufhin beauftragte die IV-Stelle die medexperts ag, Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. G.\_\_\_\_ mit einem bidisziplinären (internistisch-psychiatrischen) Gutachten (Auftrag vom 22. September 2016, IV-act. 87). Gemäss Gutachten vom 6. Dezember 2016 (IV-act. 90) diagnostizierten die Expertinnen eine Anorexia nervosa (ICD-10: F50.0), differenzialdiagnostisch eine atypische Anorexia nervosa (ICD-10: F50.1), die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Daneben erhoben sie akzentuierte Persönlichkeitsanteile mit ängstlichen, perfektionistischen und anankastischen Zügen (ICD-10:Z73.1) sowie einen Zustand nach Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10: F43.23; IV-act. 90-22 f.). Infolge des chronischen Untergewichts liege eine gewisse Verminderung der Leistungsfähigkeit infolge niedrigen Blutdrucks, Müdigkeit und Schwindels vor.



## St.Galler Gerichte

Diese sei aktuell mit 20 % zu beziffern (IV-act. 90-20). In körperlich leichter, zeitlich flexibler Tätigkeit mit Möglichkeit vermehrter Pausen attestierten die Gutachterinnen ab Untersuchungszeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (IV-act. 90-31). RAD-Ärztin Dr. L.\_\_\_\_ befand am 27. Januar 2017, auf das Gutachten könne abgestellt werden (IV-act. 92).

**A.g.** Mit Vorbescheid vom 10. Februar 2017 gewährte die IV-Stelle der Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 95). Mit Einwand vom 20. April 2017 reichte die Versicherte einen Arztbericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 14. März 2017 ein. Die behandelnde Psychiaterin hielt darin fest, die Versicherte sei seit 7. März 2017 erneut bei ihr in Therapie. Der psychische Zustand habe sich in den letzten Monaten deutlich verschlechtert. Die Versicherte habe erneut abgenommen. Sie zeige - wie bereits vor Jahren - ein chronifiziertes, anorektisches Essverhalten, sei abgemagert, angetrieben und eingeengt auf ihre derzeitigen finanziellen Probleme. Es bestehe ein problematisches, zwiespältiges Verhältnis zum Ehemann. Die Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, seit Jahren bekannt, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.10), es bestünde der Verdacht auf eine bipolare Störung, gemischte Episoden (ICD-10: F31.6), eine chronische Insomnie (ICD-10: F51.0) und eine Anorexia nervosa, chronifiziert (ICD-10: F51.0). Es sei dringend eine Abklärung der psychischen und kognitiven Defizite im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) zu empfehlen (IV-act. 99-8 f.). Im Einwand machte die Versicherte sodann geltend, die Familienanamnese sei auffällig und im Gutachten unvollständig wiedergegeben. Die auf 80 % festgelegte Arbeitsfähigkeit sei nicht nachvollziehbar und lediglich pauschal erfolgt. In Anbetracht der komplexen psychischen Beeinträchtigungen müsste eine spezialisierte Klinik mit der Begutachtung beauftragt werden, welche langjährige Erfahrung mit Anorexie und der entsprechenden Familiendynamik habe. Die Anwendung der gemischten Methode verletze die Gleichbehandlung der Geschlechter und die Qualifikation sei unrichtig (IV-act. 99-1 ff.). RAD-Ärztin Dr. L.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 23. Mai 2017 fest, die von Dr. I.\_\_\_\_ im Schreiben vom 14. März 2017 aufgeführten Symptome seien allesamt nicht neu, allerdings habe sich die finanzielle Problematik verschärft. Die auffällige Familienanamnese sei im Gutachten aufgeführt worden. Der Einwand sei nicht geeignet, das Gutachten zu widerlegen oder eine Verschlechterung glaubhaft zu machen (IV-act. 100).



**A.h.** Mit Verfügung vom 23. Mai 2017 wies die IV-Stelle das Rentengesuch unter Wiedergabe der RAD-Stellungnahme vom gleichen Tag ab (IV-act. 101).

**B.**

**B.a.** Mit Beschwerde vom 22. Juni 2017 beantragt A.\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. R. Schmid, die Verfügung vom 23. Mai 2017 sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben. Es sei ihr mindestens eine halbe Rente zuzusprechen. Eventuell sei eine stationäre psychiatrische Begutachtung anzuordnen. Offensichtlich lägen in der Familie massive psychische Erkrankungen vor, die im Gutachten allenfalls in einem Nebensatz abgehandelt würden. Das Gutachten sei nicht geeignet, ihre komplexen psychischen Beeinträchtigungen - zu denen auch die Anorexia nervosa zähle - nachvollziehbar zu beurteilen. Mit dem Gutachten müsste eine spezialisierte Klinik wie z.B. die Klinik N.\_\_\_ beauftragt werden, welche langjährige Erfahrungen mit Anorexie und der entsprechenden Familiendynamik habe. Die auf 80 % festgelegte Arbeitsfähigkeit sei eine nicht nachvollziehbare Pauschalangabe. Die diagnostizierte Anorexia nervosa könne nicht isoliert betrachtet werden, sie habe weitere psychische Krankheiten zur Folge. Diese Folgen der langjährigen Anorexie würden im Gutachten nicht behandelt. Die Weiterbeschäftigung beim O.\_\_\_ hätte zu einem neuen Burnout-Syndrom geführt. Es habe sich gezeigt, dass sie an Gewicht verliere, wenn sie arbeitstätig sei. Eine 80 %ige Arbeitsfähigkeit sei illusorisch. Die Anwendung der gemischten Methode sei nur noch zulässig, wenn sie zu keiner Geschlechterdiskriminierung führe. Sie habe keine familiären Pflichten. Sie könne nicht als teilerwerbstätige Hausfrau qualifiziert werden. Ohne gesundheitliche Einschränkung würde sie zu 100 % arbeiten (act. G 1).

**B.b.** In ihrer Beschwerdeantwort vom 19. September 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die Anwendung der gemischten Methode sei nicht "per se" diskriminierend. Das Bundesgericht habe sie für weiterhin anwendbar erklärt in Fällen der erstmaligen Rentenzusprache an eine während des massgebenden Beurteilungszeitraumes teilerwerbstätige Person. Auch bei vorliegender Neuanschuldung nach erfolgter rechtskräftiger Ablehnung eines Rentenanspruchs sei die gemischte Methode weiterhin anzuwenden. Bezüglich der Qualifikation sei auf die Aussage der Beschwerdeführerin vom 21. März 2016 abzustellen und der



Erwerbsbereich mit 55 % und die Haushaltstätigkeit mit 45 % zu gewichten. Das Gutachten der medexperts ag vom 6. Dezember 2016 entspreche den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Die von der Beschwerdeführerin geäusserte Kritik sei nicht geeignet, Zweifel daran zu erwecken. Auch bestehe kein Grund zur Annahme, dass eine stationäre Begutachtung in einer auf Essstörungen spezialisierten Klinik zu einem anderen Resultat geführt hätte. Die Einschränkung von 20 % sei nachvollziehbar mit der aus der diagnostizierten Anorexia nervosa resultierenden Leistungsminderung begründet worden (act. G 4).

**B.c.** Die Beschwerdeführerin macht mit Replik vom 3. November 2017 geltend, die der Qualifikation zugrunde liegende Aussage sei offensichtlich vor dem Hintergrund der bereits jahrelang andauernden psychischen und physischen Beeinträchtigung gemacht worden. Sie habe keine Kinder oder anderweitige Verpflichtungen, die es ihr verunmöglichen würden, ein volles Erwerbspensum zu leisten. Das bidisziplinäre Gutachten der medexperts ag hätte nicht einseitig durch die IV-Stelle angeordnet werden dürfen, ein Einigungsversuch wäre zwingend erforderlich gewesen. Das Gutachten sei bereits deshalb nicht verwertbar, weil die IV-Stelle die Verfahrensgarantien nicht eingehalten habe. Die Gutachter hätten offensichtlich ausser Acht gelassen, dass sie bereits vor dem Jahr 2000 an Depressionen und Erschöpfungszuständen gelitten habe. Es sei keine umfassende Abklärung zum Arbeitspensum bei voller Gesundheit getroffen worden. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hätte unter Berücksichtigung leistungshemmender äusserer Belastungsfaktoren erfolgen müssen. Aus dem internistischen Teilgutachten gehe nicht hervor, dass sie unter akutem Rheuma leide (act. G 6). Hierzu reicht sie Arztberichte von Dr. med. P.\_\_\_\_, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, vom 22. September 2017 (act. G 6.3) und vom 6. Oktober 2017 (act. G 6.2) ein, wonach sie seit 9. September 2017 wegen akuter Oligo- bis Polysynovitis bzw. Verdachts auf periphere Spondylarthritis mit Schmerzen in den Handgelenken, in der vor allem rechten Schulter und im linken Knie in Behandlung sei.

**B.d.** Mit Duplik vom 14. November 2017 bringt die Beschwerdegegnerin vor, da die Beschwerdeführerin nach der Mitteilung vom 22. September 2016 keine Einwände gegen die vorgesehenen Gutachterinnen oder andere zulässige Einwendungen erhoben habe, sei kein konsensorientiertes Vorgehen zum Zug gekommen. Die



Rechtsprechung verlange auch keinen expliziten Hinweis auf die Möglichkeit eines Gegenvorschlags. Es liege keine Verletzung der entsprechenden Verfahrensvorschrift vor (act. G 8).

### Erwägungen

#### 1.

**1.1.** Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

**1.3.** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten



Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

**1.4.** Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die gesuchstellende Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]). Ist die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. April 2018, 9C\_589/2017, E. 4, mit weiteren Verweisen, vom 6. Juni 2018, 8C\_868/2017, E. 3.1 und vom 3. August 2018, 8C\_177/2018, E. 3.3).

## 2.

**2.1.** Die Beschwerdegegnerin hatte zuletzt mit Verfügung vom 10. Mai 2007 ein Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin abgewiesen (IV-act. 65). Diese wurde rechtskräftig. Die Beschwerdegegnerin ist auf das neue Gesuch vom 15. Oktober 2015 (IV-act. 66) eingetreten und hat es gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten der medexperts ag vom 6. Dezember 2016 mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 23. Mai 2017 (IV-act. 101) abgewiesen. Es ist zunächst zu prüfen, ob das erwähnte Gutachten als medizinische Grundlage beweistauglich ist.

**2.2.** In formeller Hinsicht macht die Beschwerdeführerin geltend, das bidisziplinäre Gutachten hätte nicht einseitig durch die Beschwerdegegnerin angeordnet werden dürfen, es wäre zwingend ein Einigungsversuch erforderlich gewesen (Replik, act. G 6). Ein konsensorientiertes Verfahren kommt indes erst zum Tragen, wenn die versicherte Person zulässige Einwendungen gegen die vorgesehene Begutachtung erhebt (vgl. BGE 139 V 354, E. 5.2.1, und S. 356, E. 5.2.2.3, mit Verweis auf das Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 1. Januar 2010, Stand 1. Januar 2018, Rz 2076.8). Solche



sind umgehend nach ihrer Entdeckung geltend zu machen (Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2011, 9C\_87/2011, E. 4.2). Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Gehörgewährung zur Begutachtung noch nicht anwaltlich vertreten war (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. Februar 2017, 8C\_445/2016, E. 5.2).

### 2.3.

**2.3.1.** Dr. G.\_\_\_\_ nahm, damals noch als RAD-Ärztin, zum Erstgutachten von Dr. F.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2007 Stellung, dieses sei umfassend, kohärent, in sich widerspruchsfrei und nachvollziehbar. Es könne vollumfänglich darauf abgestellt werden (IV-act. 49). RAD-Ärztin Dr. L.\_\_\_\_ führte am 22. September 2016 zum Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ aus, es sei nicht auf das Untergewicht eingegangen worden, obwohl die behandelnden Ärzte dieses als beträchtlich angegeben hätten und die Versicherte vom RAV deswegen mehrfach als nicht vermittelbar eingestuft worden sei. Der Gutachter habe nicht erwogen, dass eine Persönlichkeit, welche zu jahrelangem Erschöpfungssyndrom geführt habe, vertieft klärungsbedürftig und diagnostisch erwähnenswert sei (IV-act. 84). Es fragt sich daher, ob Dr. G.\_\_\_\_ in ihrer späteren Aufgabe als Gutachterin als befangen zu gelten hat.

**2.3.2.** Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung begründet weder der Umstand, dass ein Arzt oder eine Ärztin vormals bei einem RAD tätig war und später als Gutachter amtet, eine Befangenheit (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2016, 9C\_257/2016, E. 4.2.2), noch begründet eine frühere Tätigkeit als Gutachter für sich alleine Befangenheit, selbst wenn die frühere Einschätzung nicht im Sinne der versicherten Person ausgefallen ist. Befangenheit sei jedoch unter anderem anzunehmen, wenn der Sachverständige die Schlüssigkeit seiner früheren Expertise zu überprüfen oder deren Objektivität zu kontrollieren habe (Urteile des Bundesgerichts vom 14. Oktober 2016, 9C\_434/2016 und 9C\_530/2016, E. 5.2, und vom 14. September 2009, 9C\_273/2009, E. 3.4; vgl. auch Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 26. Mai 2006, U 303/05, E. 4, betreffend Tätigkeit als beratender Arzt einer Unfallversicherung und als medizinischer Fachrichter, und vom 8. Juni 2007, I 690/06, E. 4.2 betreffend vorangegangener Begutachtung im Auftrag einer Lohnausfallversicherung gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG, SR 221.229.1]). Da eine frühere Begutachtung eine intensivere Befassung mit der versicherten Person bedingt als eine RAD-Stellungnahme, sind in der vorliegenden Konstellation keine strengeren Kriterien angezeigt als bei einer Verlaufsbeurteilung.



**2.3.3.** Das von Dr. G.\_\_\_\_ gewürdigte Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ führte zur rechtskräftig gewordenen abweisenden Verfügung vom 10. Mai 2007. Die Beschwerdeführerin meldete sich am 15. Oktober 2015 erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 66). Ein Rentenanspruch besteht somit - vorbehaltlich der Erfüllung des Wartejahres nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG - frühestens ab 1. April 2016 (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Massgebend ist somit im vorliegenden Verfahren ausschliesslich der medizinische Sachverhalt ab 1. April 2015 (allfälliger Beginn des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Die frühere RAD-Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_ bezog sich damit nicht auf den vorliegend in zeitlicher Hinsicht massgebenden medizinischen Sachverhalt. Vielmehr liegt dazwischen eine Zeitdauer von 7 Jahren, so dass kaum plausibel erscheint, dass die damaligen Beurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ die im vorliegenden Verfahren massgebliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beeinflussen könnten.

**2.4.** Somit bestehen keine formellen Gründe, welche von vornherein zur Beweisuntauglichkeit des Gutachtens führen. Im Folgenden ist das Gutachten materiell zu prüfen.

### 3.

**3.1.** Die untergewichtige (BMI 17,2 kg/m<sup>2</sup>) Beschwerdeführerin beklagte gegenüber der allgemein-internistischen Gutachterin Dr. M.\_\_\_\_ anlässlich der Begutachtung vom 3. November 2016 Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen und eine Konzentrationsminderung (IV-act. 90-13). Sie leide oft unter Schwindel, ihr Kreislauf "mache nicht mit". Sie sei nervös, unruhig, dünnhäutig, teilweise auch misstrauisch. Sie habe manchmal das Gefühl, dass die Leute sie anlügen würden. An solchen Tagen ziehe sie sich zurück. Manchmal halte dieser Zustand bis zu mehreren Tagen an. Ihre Mutter sei sehr dominant gewesen. Aus finanziellen Gründen habe sie nicht die Hotelfachschule absolvieren können, sondern eine zweijährige Servicelehre gemacht. Von 19\_\_ bis 20\_\_ habe sie in der B.\_\_\_\_ für 80 Personen gekocht. Im Jahr 2000 habe sie einen kompletten Zusammenbruch erlitten und sei in der Klinik D.\_\_\_\_ stationär behandelt worden. In den Jahren 2001 (richtig: April 2002, vgl. Angaben Arbeitgeber vom 3. Mai 2006, IV-act. 26, und vom 30. August 2006, IV-act. 33) bis 2007 habe sie in der Kaffeemaschinenreparaturwerkstatt ihres Schwagers ausgeholfen, was ihr aber unter anderem wegen des 2 1/2-stündigen Arbeitsweges zu viel geworden sei. Aktuell verrichte sie während etwa 2 1/2 Stunden wöchentlich Reinigungsarbeiten in den Räumlichkeiten der J.\_\_\_\_. Sie sehe sich absolut nicht in der Lage, eine Stelle zu suchen und wieder zu arbeiten (IV-act. 90-15 ff., 18 f.). Sie gehe gegen 22.30 Uhr zu Bett und könne bis gegen 2.00 Uhr morgens schlafen, dann stehe sie auf. Sie lese, schreibe



Briefe, besorge den Haushalt mehr oder weniger selbständig, gehe nachmittags mit ihrem Ehemann ein bis zwei Stunden spazieren und sehe fern. Bei den Hausarbeiten sei sie nicht mehr so perfektionistisch wie früher, als sie täglich abgestaubt und alle vierzehn Tage die Fenster geputzt habe. Spazieren und Wandern täten ihr gut und sie halte sich gerne in Q.\_\_\_, insbesondere im R.\_\_\_ und in S.\_\_\_, auf. Sie sei gelegentlich in psychiatrischer Behandlung bei Dr. I.\_\_\_, zwischen Oktober 2015 und April 2016 sei sie zwei- oder dreimal dort gewesen. Zum Schlafen nehme sie 30 mg Mirtazapin (IV-act. 90-19).

**3.2.** Im Befund vom 3. November 2016 beschrieb die psychiatrische Gutachterin Dr. G.\_\_\_ einen aktiven und energischen Antrieb. Das Ausdrucksverhalten sei sehr lebhaft, mitschwingend, teilweise leicht ausfallend. Vom Willen her wirke die Beschwerdeführerin beherrscht und konsequent. Ihre Schilderungen seien farbig und detailreich. Das Denken sei teilweise etwas sprunghaft und weitschweifend. Die Stimmung sei mitschwingend, fröhlich, leicht expansiv, zuversichtlich und teilweise etwas ambivalent und ratlos. Die mnestischen Funktionen, Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen seien während des zweistündigen Gesprächs unauffällig gewesen. Von Seiten der Persönlichkeit gebe es Hinweise auf zwanghafte anankastische und teilweise auch ängstlich-vermeidende Anteile (IV-act. 90-18). Die psychiatrische Gutachterin diagnostizierte eine Anorexia nervosa (ICD-10: F50.0), differenzialdiagnostisch eine atypische Anorexia nervosa (ICD-10: F50.1), akzentuierte Persönlichkeitsanteile mit ängstlichen, perfektionistischen und anankastischen Zügen (ICD-10:Z73.1) sowie einen Zustand nach Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10: F43.23; IV-act. 90-22 f.). Bezüglich Essstörung sei aktuell rein vom Gewicht her grenzwertig die Diagnose einer Anorexia nervosa erfüllt. Die geforderte Körperschemastörung liege teilweise vor. Von Seiten der Persönlichkeit sei infolge schwieriger Kindheit, des frühen Verlusts des Vaters und der schwierigen Mutterbeziehung von einer Persönlichkeitsentwicklungsstörung auszugehen. Diese imponiere heute im Sinne von akzentuierten Persönlichkeitszügen, bei perfektionistischen und anankastischen Anteilen. Die Kriterien für eine relevante Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 seien nicht erfüllt. Im Gutachten von Dr. F.\_\_\_ vom 2. Februar 2007 sei ebenfalls auf eine Persönlichkeitsakzentuierung hingewiesen worden. Weiter habe damals ein Zustand nach einem Erschöpfungssyndrom vorgelegen. Aktuell könne neuerlich ein Zustand nach einer Belastungssituation von (wohl: vor) vier Jahren mit resultierender Anpassungsstörung festgestellt werden. Im Zuge der Hausräumung ihrer Mutter sei es zu einer Überforderungssituation gekommen, welche die Versicherte über längere Zeit beeinträchtigt habe, die jedoch



aufgrund der aktuellen Untersuchung als weitgehend remittiert zu betrachten sei. Wegen des chronischen Untergewichts liege eine gewisse Verminderung der Leistungsfähigkeit infolge niedrigen Blutdrucks, Müdigkeit und Schwindels vor. Diese sei aktuell mit 20 % zu beziffern (IV-act. 90-20 f.).

**3.3.** Unter Vornahme des inzwischen für alle nicht rein somatisch objektivierbaren Beschwerden geltenden strukturierten Beweisverfahrens führte die Gutachterin weiter aus: Die Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde sei aus rein psychiatrischer Sicht aktuell konklusiv als leicht zu bezeichnen. Die Versicherte leide seit vielen Jahren an chronischem Untergewicht. Sämtliche Funktionseinschränkungen seien auf die genannte Gesundheitsschädigung zurückzuführen. Aktuell im Vordergrund stünden Beeinträchtigungen im Rahmen des chronischen Untergewichts mit niedrigem Blutdruck, Müdigkeit und Schwindel. Bezüglich der Überforderungssituation anlässlich der Hausräumung seien keine nennenswerten Beeinträchtigungen festzustellen. Von Seiten der Persönlichkeit imponierten akzentuierte Persönlichkeitszüge mit perfektionistischen und anankastischen Anteilen (IV-act. 90-21). Infolge der akzentuierten Persönlichkeitszüge sei von einer erhöhten Vulnerabilität auszugehen. Stress und andere Belastungsfaktoren würden subjektiv höher bewertet als bei Gesunden (IV-act. 90-22). Die Anpassung an Regeln und Routinen sei nicht beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei leicht eingeschränkt; anstehende Aufgaben würden abhängig von der aktuellen körperlichen und psychischen Problematik erledigt. Grundsätzlich versorge sich die Beschwerdeführerin aber selber und brauche keine Hilfe im Haushalt. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sei leicht eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin habe Schwierigkeiten, sich neuen Situationen anzupassen. Die Anwendung fachlicher Kompetenzen sei nicht eingeschränkt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei leicht beeinträchtigt, da sich die Beschwerdeführerin von äusseren Faktoren beeinflussen lasse. Das Durchhaltevermögen sei leicht beeinträchtigt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei leicht beeinträchtigt; die Beschwerdeführerin sei unsicher, ängstlich und vermeidend. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei teilweise eingeschränkt, da sich die Beschwerdeführerin zeitweise zurückziehe. Kaum Probleme gebe es in der Beziehung zu vertrauten Menschen. Zum Ehemann, den Stiefkindern und einer Schwester beschreibe die Beschwerdeführerin ein recht gutes Verhältnis. Die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten sei nicht wesentlich eingeschränkt. Die Selbstpflege für Kleidung und Sauberkeit sei angemessen. Die Verkehrsfähigkeit sei nicht vorhanden; die Versicherte fahre seit 4 1/2 Jahren nicht mehr Auto (IV-act. 90-21). Die Unterstützung durch das vorhandene soziale Netzwerk sei gegeben. Die Kommunikationsfähigkeit sei vorhanden. Die Motivation sei gut, die Therapieadhärenz



sei vorhanden (IV-act. 90-22). In Anbetracht der Tatsache, dass sich sowohl das Gewicht als auch die Anpassungsstörung gebessert hätten, sei die Therapie als *lege artis* zu bezeichnen. Bei neuerlicher Verschlechterung der psychischen Situation sei wiederum eine fachpsychiatrische Therapie empfehlenswert (IV-act. 90-22). Aus rein psychiatrischer Sicht gebe es keinen Hinweis auf Aggravation oder ähnliche Erscheinungen (IV-act. 90-21) bzw. auf Diskrepanzen oder Widersprüche. Die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit liege in sämtlichen vergleichbaren Lebensbereichen vor. Die Beschwerdeführerin berichte, dass sie vor Eintritt des Gesundheitsschadens vollumfänglich arbeitsfähig und körperlich aktiv gewesen sei (IV-act. 90-23).

**3.4.** Am 22. Oktober 2015 - rund ein Jahr vor der Begutachtung - hatte Dr. I.\_\_\_\_ berichtet, die Beschwerdeführerin sei nach verschiedenen Psychotherapien seit 7. Oktober 2015 bei ihr in Behandlung. Sie sei depressiv, leide an Schlafstörungen, sei im Denken eingeeengt auf ihre Krankheit und Probleme, leide unter Konzentrationsschwäche, sei erregt, habe eine besorgte Grundhaltung und leide unter einer schweren chronifizierten Essstörung mit Gewichtsverlust (BMI 15 kg/m<sup>2</sup>). Die behandelnde Psychiaterin hatte nebst einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.23) und einer Anorexia nervosa (ICD-10: F50.0) eine rezidivierende depressive Störung, bestehend seit Jahren, in den letzten Jahren verschlechtert, mittelgradige Episoden mit somatischen Symptomen (ICD-10: F33.11) diagnostiziert und festgehalten, dass die Beschwerdeführerin im aktuellen psychischen und physischen Zustand zu 100 % arbeitsunfähig sei (IV-act. 72). Im Verlaufsbericht vom 22. April 2016 hatte sie ausgeführt, die Beschwerdeführerin leide an einer Konzentrationsstörung. Das Denken sei eingeeengt, sie sei ratlos, deprimiert, müde, schwach, abgemagert. In den letzten Monaten habe sich der bereits seit Jahren dauernd schlechte körperliche und psychische Zustand deutlich verschlechtert. Die Beschwerdeführerin sei wegen körperlicher Schwäche, Depression, Anorexia und Schlafstörungen zu 100 % arbeitsunfähig. Im Bericht vom 14. März 2017 hielt Dr. I.\_\_\_\_ schliesslich fest, die Beschwerdeführerin leide an einer Konzentrationsstörung. Sie sei seit 7. März 2017 erneut bei ihr in Therapie. Der psychische Zustand habe sich in den letzten Monaten deutlich verschlechtert (IV-act. 99-8 f.; vgl. auch A.g).

**3.5.** Die Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Dr. I.\_\_\_\_ einerseits und der Gutachterin andererseits liegen weit auseinander. Die Beschwerdeführerin gab an, zwischen Oktober 2015 und April 2016 insgesamt zwei- oder dreimal bei Dr. I.\_\_\_\_ in Behandlung gewesen zu sein (IV-act. 90-19). Dies erscheint diskrepant zum von der behandelnden Ärztin beschriebenen Zustand und der von ihr attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit sowie zum beschriebenen Tagesablauf bzw. Aktivitätsniveau. Die



von Dr. I.\_\_\_\_ festgehaltenen Konzentrationsstörungen liessen sich anlässlich der Begutachtung nicht erheben. Deren geltend gemachte Schwere wird auch dadurch relativiert, dass sie, obwohl bereits im Verlaufsbericht vom 22. April 2016 erwähnt (IV-act. 81), offenbar bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 23. Mai 2017 (und darüber hinaus) nicht wie in Aussicht gestellt (Bericht Dr. I.\_\_\_\_ vom 14. März 2017, IV-act. 99-8 f.) weiter abgeklärt wurden. Die unterschiedliche Beurteilung ist jedoch auch dadurch erklärbar, dass Dr. I.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin nur selten gesehen hat und anzunehmen ist, dass dies in Krisenzeiten der Fall war. Auch hat sie vornehmlich die Schilderungen und Sichtweise der Beschwerdeführerin übernommen, ohne dass eine eigene kritische Reflexion erkennbar wird. Allerdings spricht zumindest für eine subjektiv empfundene kognitive Einschränkung, dass sich die Beschwerdeführerin beim Autofahren nicht mehr sicher fühlt (Abklärungsbericht Haushalt vom 6. April 2016, IV-act. 80-4) bzw. bereits viereinhalb Jahre vor der Begutachtung durch Dr. G.\_\_\_\_ ganz darauf verzichte (IV-act. 90-21), wobei diese Angaben retrospektiv allerdings nicht übereinstimmen. Hinsichtlich des Gutachtens bleibt zu bemerken, dass die Schlafstörungen zwar anamnestisch erhoben, jedoch nicht ausdrücklich in die Diagnostik und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einbezogen wurden. Im gutachterlichen Befund wurde aber ausgeführt, Antrieb und Ausdrucksverhalten der Beschwerdeführerin seien (sehr) aktiv und die kognitiven Leistungen während des zweistündigen Gesprächs anhaltend unauffällig (IV-act. 90-18). Somit erscheint nachvollziehbar, dass die Gutachterin wegen der Schlafstörungen keine zusätzliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit attestierte. Schliesslich bringt die Beschwerdeführerin vor, die einschlägig sehr auffällige Familienanamnese sei durch die Gutachterin unzureichend berücksichtigt worden. Die Anamnese der Gutachterinnen hält hierzu im Wesentlichen fest, der Vater der Beschwerdeführerin sei verstorben, als sie 13 Jahre alt gewesen sei. Die Mutter sei sehr dominant, habe sie unterdrückt und sich nicht entfalten lassen. Sie und vier ihrer Geschwister würden an einem Messie-Syndrom leiden. Die Kinder ihrer Schwester seien hyperaktiv bzw. in einem Klosterinternat beschult worden (IV-act. 90-17). Im Beschwerdeverfahren wird diesbezüglich ergänzt, drei ihrer Geschwister seien verbeiständet (act. G 1-2). Offensichtlich lägen in der Familie massive psychische Erkrankungen vor, die im psychiatrischen Gutachten allenfalls in einem Nebensatz abgehandelt würden. Es bedürfe daher einer spezialisierten Gutachterstelle, die über langjährige Erfahrung mit Anorexie und der entsprechenden Familiendynamik verfüge (act. G 1-4). Hierzu ist zunächst anzumerken, dass auch die behandelnde Dr. I.\_\_\_\_ in ihren Berichten keinen Bezug auf die Familienanamnese nimmt und somit dieser offenbar ebenfalls keine wesentliche Bedeutung zumisst. Zwar deutet die Aussage, dass ihre Mutter und Geschwister an einem Messie-Syndrom leiden würden, auf eine dahinterliegende



psychiatrische Problematik hin. Es handelt sich jedoch um eine rein subjektive Beurteilung der Beschwerdeführerin, die nach eigenen Aussagen ein überdurchschnittliches Sauberkeitsbedürfnis aufweist (IV-act. 90-18 f.). Sie macht nicht geltend, welche objektivierten Befunde bzw. Diagnosen bei den erwähnten Angehörigen in welcher Ausprägung vorliegen würden, oder dass diese in psychiatrischer Behandlung seien. Auch legt sie nicht dar, wie sich die geltend gemachte familiäre Vorbelastung konkret limitierend auf ihre eigene Arbeitsfähigkeit auswirken würde. Diesbezüglich dürfte eine Beweisführung ohnehin kaum möglich sein. Die Gutachterin kannte auch den Abklärungsbericht Haushalt vom 6. April 2016 (IV-act. 80) und es ist anzunehmen, dass sie hier weiter nachgefragt hätte, wenn sie dies als für die Bemessung der Arbeitsfähigkeit wesentlich erachtet hätte.

**3.6.** Die internistische Gutachterin erhob einen - bis auf das Untergewicht - unauffälligen Befund (IV-act. 90-14). Sie fand keine Erkrankungen von Relevanz und mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 90-30). Mit Replik vom 3. November 2017 reichte die Beschwerdeführerin Berichte von Dr. P.\_\_\_\_ vom 22. September 2017 (act. G 6.3) und vom 6. Oktober 2017 (act. G 6.2) ein. Demnach leide die Beschwerdeführerin seit 9. September 2017 unter Gelenkentzündungen mit akuten Schmerzen und Schwellungen zunächst des rechten, dann auch des linken Handgelenks sowie etwas später auch im Clavicula-Bereich beidseits. Ab dem 17. September 2017 sei es zu akuten Knieschmerzen links gekommen, so dass die Beschwerdeführerin kaum noch habe schlafen und aufstehen können. Bei der Untersuchung habe er eine leichte Arthritis beider Handgelenke und eine ausgeprägte Arthritis des linken Kniegelenks mit einem Erguss, starken Bewegungsschmerzen und einem deutlichen Schonhinken sowie Druckdolenzen der AC-Gelenke bds. ohne Schwellungen gefunden (act. G 6.3). Nach einer Steroidinfiltration ins linke Kniegelenk seien die Knieschmerzen vollständig zurückgegangen. Die Handgelenksschmerzen hätten sich gebessert, seien aber nicht vollständig verschwunden. Ab dem 26. September 2017 sei es zu einer deutlichen Schwellung und Schmerzen des sternoclavicularen Gelenks rechts mit Bewegungsschmerzen der rechten Schulter im SC-Gelenk gekommen. Diese Gelenkverteilung spreche am ehesten für eine Spondylarthritis. Am 4. Oktober 2017 habe die Beschwerdeführerin berichtet, dass es ihr nochmals deutlich besser gehe (act. G 6.2). Der Beginn der Auswirkungen der rheumatischen Erkrankung wird klar auf den 9. September 2017 - und damit auf einen Zeitpunkt nach Erlass der vorliegend zu beurteilenden Verfügung - datiert. Zudem attestierte Dr. P.\_\_\_\_ lediglich vom 9. September bis 4. Oktober 2017 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit und gab an, dass die Beschwerdeführerin betreffend Knie von einer vollständigen und betreffend Hände von einer deutlichen Besserung berichtet habe.



Für die richterliche Beurteilung sind grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend. Indes sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C\_24/2008, E. 2.3.1). Ein ersichtlicher Zusammenhang der rheumatischen Beschwerden mit den zum Zeitpunkt der Begutachtung vorhandenen psychischen Beschwerden ist aus den Berichten von Dr. P.\_\_\_\_ nicht ersichtlich. Eine diesbezügliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes könnte daher erst im Rahmen einer Wiederanmeldung berücksichtigt werden, scheint aber ohnehin vorübergehender Natur gewesen zu sein. Da die Gelenksschmerzen erst nach der Begutachtung auftraten, vermögen sie das Gutachten nicht infrage zu stellen.

**3.7.** Insgesamt erweist sich das Gutachten als vollständig, nachvollziehbar und schlüssig und es liegen keine Anhaltspunkte für eine Befangenheit von Dr. G.\_\_\_\_ vor. Es ist daher darauf abzustellen und von einer 80 %igen Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten auszugehen.

#### **4.**

**4.1.** Die Beschwerdeführerin war vor ihrer ersten IV-Anmeldung bzw. vor Eintritt des Gesundheitsschadens von 1990 bis 2000 als Küchenhilfe an der B.\_\_\_\_ tätig. Gemäss Angaben der Arbeitgeberin arbeitete sie an vier Tagen pro Woche während 6,5 Stunden, was 26 Stunden pro Woche und bei der angegebenen betrieblichen Normalarbeitszeit von 42 Stunden pro Woche einem Pensum von rund 62 % entspricht. Das Einkommen belief sich von Januar bis Mai 2000 auf monatlich Fr. 2'407.25, wobei der Beschwerdeführerin der 13. Monatslohn offenbar pro rata ausbezahlt wurde (IV-act. 4.2). Somit resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 31'294.-- (13 x Fr. 2'407.25). Aufgerechnet auf ein 100 %-Pensum ergibt sich ein Jahreslohn von Fr. 50'475.--. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2017 (Bundesamt für Statistik [BFS], Lohnentwicklung, T 39; Indices Frauen: 2000 = 2019; 2017 = 2719) beläuft sich das hypothetische Jahreseinkommen und somit das Valideneinkommen auf Fr. 62'667.-- und liegt somit über dem Tabellenlohn. Dieser betrug im Gastronomiebereich gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016 des BFS selbst unter Heranziehung des Kompetenzniveaus 2 Fr. 4'197.-- monatlich (Tabelle T1, Ziff. 55-56, Frauen), was bei einer betriebsüblichen Normalarbeitszeit von 42,4 Std. (gemäss BFS, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) einen Jahreslohn von Fr. 53'386.-- (Fr. 4'197.-- : 40 x 42,4 x 12) ergibt. Unter



## St.Galler Gerichte

Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2017 beträgt er Fr. 53'583.-- (Fr. 53'386.-- : 2709 x 2719).

**4.2.** Für die Bemessung des Invalideneinkommens ist vom durchschnittlichen Tabellenlohn, Kompetenzniveau 1, Frauen, von Fr. 54'783.-- auszugehen (LSE/ Lohnentwicklung 2017; Informationsstelle AHV/IV, IV, Ausgabe 2019, Bern 2019, Anhang 2), denn die Beschwerdeführerin hat ihre bisherigen Arbeitsstellen aufgegeben und arbeitet während durchschnittlich zweieinhalb Stunden wöchentlich als Reinigungskraft (IV-act. 90-13), womit sie die ihr zumutbare Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 11. Februar 2013, 9C\_720/2012, E. 2.3.2). Bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % resultiert ein Einkommen von Fr. 43'826.--. Gemäss Gutachten umfassen die Adaptionskriterien zusätzlich zu einer körperlich leichten Tätigkeit zeitliche Flexibilität und die Möglichkeit vermehrter Pausen (IV-act. 90-31). Dies begründet einen Tabellenlohnabzug von höchstens 10 %, womit das Invalideneinkommen Fr. 39'444.-- beträgt.

**4.3.** Selbst wenn als Valideneinkommen das zwischen 1990 und 2000 erzielte, über dem Tabellenlohn liegende tatsächliche Einkommen herangezogen und von einer hypothetisch vollzeitlichen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall ausgegangen wird, ergibt sich bei einem Valideneinkommen von Fr. 62'667.-- und einem unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzuges von 10 % ermittelten Invalideneinkommens von Fr. 39'443.-- ein Invaliditätsgrad von lediglich 37 %, der keinen Rentenanspruch begründet. Somit kann offen gelassen und braucht nicht weiter erörtert oder abgeklärt zu werden, ob die Beschwerdeführerin als vollerwerbstätig zu qualifizieren ist.

## 5.

**5.1.** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

**5.2.** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen und durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

## Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

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