



**Fall-Nr.:** IV 2018/237  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 18.06.2021  
**Entscheiddatum:** 27.11.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 27.11.2020**

**Art. 28 und 29 IVG; Beweiswert eines Gutachtens. Berechnung des Invaliditätsgrades mittels Prozentvergleich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. November 2020, IV 2018/237).**

#### **Entscheid vom 27. November 2020**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Marie-Theres Rüegg Haltinner (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Felicia Sterren

Geschäftsnr.

IV 2018/237

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Filiz-Félice Aydemir Séquin, Magnihalden 7,  
Postfach 14, 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 erstmals am 18. Juli 2003 und erneut am 24. März 2004 sowie am 23. Dezember 2004 wegen eines leichten Asthmas bronchiale sowie einer Depression zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an, wobei ihr erstes Gesuch abgewiesen und auf die zwei weiteren Gesuche nicht eingetreten wurde (IV-act. 1, 18, 21, 31, 33 und 50).

**A.b.** Am 28. März 2012 meldete die Versicherte sich wegen Fuss- und Beinschmerzen neuerlich zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 51). Nach medizinischen Abklärungen lehnte die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Massnahmen mit Mitteilung vom 8. Oktober 2012 ab, da die Versicherte sich nicht in der Lage fühlte, an Eingliederungsbemühungen mitzuwirken (IV-act. 82). Nach weiteren medizinischen Abklärungen wies sie auch das Rentengesuch mit Verfügung vom 20. August 2014 ab (IV-act. 116). Weil die Versicherte sich wiederum nicht arbeitsfähig fühlte, lehnte die IV-Stelle berufliche Massnahmen mit Mitteilung vom 29. September 2014 abermals ab (IV-act. 130).

**A.c.** Am 22. September 2014 erhob die Versicherte, nun vertreten durch Rechtsanwältin Filiz-Félice Aydemir Séquin, gegen die Verfügung vom 20. August 2014 betreffend Abweisung des Rentengesuchs Beschwerde (IV-act. 131). Mit Entscheid vom 15. November 2016 hiess das Versicherungsgericht die Beschwerde teilweise gut und hob die Verfügung vom 20. August 2014 auf. Es wies die Sache zur ergänzenden Abklärung und zur neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück (IV 2014/444; IV-act. 142).

**A.d.** In der Folge liess sich die IV-Stelle von der Versicherten eine Liste aller behandelnden Ärzte geben und holte bei diesen (Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeine Innere



## St.Galler Gerichte

Medizin FMH, Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH und Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie) aktuelle Berichte ein (IV-act. 148 ff.).

**A.e.** Am 13. Januar 2017 ging der Arztbericht von Dr. D.\_\_\_\_ bei der IV-Stelle ein. Dr. D.\_\_\_\_ hielt fest, im Anschluss an eine Magenbypassoperation (welche er bei der Versicherten am 25. Oktober 2016 durchgeführt hat, IV-act. 151-4) seien die Patienten in der Regel während ca. vier Wochen arbeitsunfähig. Da die Versicherte nicht arbeite, sei keine spezifische Arbeitsunfähigkeitsschätzung erfolgt (vgl. IV-act. 151-2).

**A.f.** Mit Bericht vom 20. Januar 2017 hielt Dr. B.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: chronisches panspondylogenes Syndrom, Schulterbeschwerden beidseits, Gonarthrose beidseits, chronisch ausgedehnte muskulo-skeletäre Schmerzen und Fibromyalgie, St. n. Lipomexzision und Tarsaltunnelrelease Fuss rechts 04.10.2011 mit persistierendem Schmerzsyndrom am rechten Fuss, residuelle Neuropathie N. plantaris lateralis rechts, Adipositas Grad III sowie depressive Stimmungslage bedingt durch chronisches Schmerzsyndrom und Übergewicht (IV-act. 153-2). Die Versicherte sei seit dem 10. Oktober 2011 zu 100% arbeitsunfähig. Aufgrund der generalisierten Fibromyalgiebeschwerden und der psychischen Situation könne auch nicht von einer wechselbelastenden Arbeit profitiert werden. Es bestehe keine verwertbare Leistungsfähigkeit (IV-act. 153-4).

**A.g.** Mit Bericht vom 30. Januar 2017 diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ insbesondere eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom (F33.11), eine Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, unreifen und impulsiven Zügen (F61.0), ein chronisches panspondylogenes Syndrom, undifferenzierte muskuloskelettale Schmerzen, Fibromyalgie (DD Gonarthrose bds.) und eine sehr schmerzhaft möglicherweise psychisch überlagerte residuelle Neuropathie Fuss rechts. Die Versicherte sei psychisch kaum belastbar und schnell überfordert. Sie zeige Rückzugstendenzen und impulsiv-verbale Ausbrüche, danach Schuldgefühle. Sie sei kaum wiedereingliederungsfähig, vielleicht mit grossem Aufwand (IV-act. 154).

**A.h.** Am 2. Mai 2017 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung veranlassen werde. Der Auftrag wurde der medaffairs AG (nachfolgend: medaffairs) zugeteilt (IV-act. 157 f.).



**A.i.** Mit Gutachten vom 15. Januar 2018 stellten die medaffairs-Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0), chronische panvertebrale Schmerzen mit pseudoradikulärem, spondylogemem Reizsyndrom bds. lumbal (M54.4; M79), Fibromyalgie, Wide Spread Pain Syndrom (M79.7). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie Dysthymia (F34), dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (F54), beginnende Gonarthrose bds. (M17), beginnende Fingerpolyarthrose (M15), Asthma bronchiale (J45), Nervus ulnaris-Reizsyndrom bds. möglich (G56.2), V.a. medikamenteninduzierten Kopfschmerz (G44.4), residuale Sensibilitätsstörung und Schmerzen bei lokaler Schädigung des Nervus plantaris lateralis auf der rechten Seite (G57.6) nach Lipomentfernung 2011, Adipositas (E66), Refluxkrankheit (K21), obstruktives Schlafapnoe Syndrom (G47), arterielle Hypertonie (I10) und chronisch venöse Insuffizienz fest (IV-act. 167-22 f.). Aus rein internistischer Sicht würden keine Krankheiten mit Auswirkung auf die Belastungsfähigkeit sowie Arbeitsfähigkeit bestehen (IV-act. 167-23). Aus neurologischer Sicht habe nie eine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aus rheumatologischer Sicht sei die Versicherte bis 2013 in ihrer angestammten Tätigkeit voll arbeitsfähig gewesen. Ab dann hätten verbunden mit einer mittelschweren Tätigkeit vermehrt Rückenbeschwerden bestanden, eine angepasste Tätigkeit sei aber durchführbar gewesen. Aus psychiatrischer Sicht sei das Bild der Persönlichkeitsstörung erstmals im August 2015 (stationärer Aufenthalt) objektiviert worden. Ab dann bestehe eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 33% (richtig: eine Arbeitsfähigkeit von zwei Dritteln bzw. eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um einen Drittel, vgl. IV-act. 167-107). Eine psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor 2015 sei retrospektiv nicht mehr möglich (IV-act. 167-30 f.).

**A.j.** Mit Vorbescheid vom 20. Februar 2018 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 172). Mit Einwand vom 11. April 2018 machte die Versicherte diverse Mängel am medaffairs-Gutachten geltend und beantragte die Zusprache einer Invalidenrente (IV-act. 173). Mit Stellungnahme vom 18. Mai 2018 setzte sich der RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, mit den Rügen der Versicherten am Gutachten auseinander und kam im Wesentlichen zum Ergebnis, die Rügen seien unbegründet und auf das medaffairs-Gutachten sei abzustellen (IV-act. 174).



**A.k.** Mit Verfügung vom 30. Mai 2018 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab. Gemäss dem medaffairs-Gutachten, auf welches abgestellt werden könne, sei die Versicherte angestammt wie adaptiert zu 66% und damit in rentenausschliessendem Masse arbeitsfähig. Ein Leidensabzug entfalle, da die Restarbeitsfähigkeit auch in der angestammten Tätigkeit verwertet werden könne und nicht mit einer behinderungsbedingten Lohnminderung zu rechnen sei. Invaliditätsfremde Aspekte wie Alter, Arbeitslosigkeit, Sprachkompetenzen oder Bildungsniveau würden keinen Grund für einen Leidensabzug darstellen. Ein Teilzeitabzug entfalle ebenfalls, da eine 66%ige Arbeitsfähigkeit auch ganztags mit einer verminderten Leistung realisiert werden könnte. (IV-act. 175).

### **B.**

**B.a.** Gegen diese Verfügung erhebt A.\_\_\_\_ am 2. Juli 2018 Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung vom 30. Mai 2018 sei vollumfänglich aufzuheben. Es sei festzustellen, dass sie einen Anspruch auf eine ganze, eventualiter dreiviertel, halbe oder viertel Rente habe und ihr sei eine solche Rente zuzusprechen und auszubezahlen. Die polydisziplinäre Begutachtung, insbesondere der rheumatologisch-neurologische Teil, sei durch eine neutrale Begutachtungsinstitution zu wiederholen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Begründung und Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Ihr sei die unentgeltliche Rechtspflege samt Rechtsverteidigung zu gewähren. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung macht sie im Wesentlichen Mängel am medaffairs-Gutachten geltend. RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ mache es sich sehr einfach, wenn er von Flüchtigkeitsfehlern spreche. Er gebe zu, dass das kosteneffizienteste Bildgebungsverfahren gewählt worden sei, obwohl sich gewisse Symptome damit nicht erklären liessen. Weder die Gutachter noch die Beschwerdegegnerin hätten namentlich und branchenspezifisch beschrieben, welche Tätigkeiten die Beschwerdeführerin noch ausüben könnte. Die Richtigkeit des Valideneinkommens sei gerichtlich zu überprüfen. Aufgrund der zusätzlich bestehenden etlichen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, welche von der Beschwerdeführerin in der Beschwerdeschrift detailliert aufgeführt würden, rechtfertige sich ein Leidensabzug von 25%. Damit ergebe sich ein Invaliditätsgrad von mindestens 52% (act. G1).



**B.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 5. September 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Dem medaffairs-Gutachten komme voller Beweiswert zu. Richtig sei, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei. Dass sie nurmehr in einer leichten Tätigkeit arbeitsfähig sei, rechtfertige einen Leidensabzug von 10%. Ein Teilzeitabzug sei nicht zu gewähren, da der Beschäftigungsgrad sich bei Frauen gemäss den statistischen Erhebungen des Bundesamtes für Statistik (nachfolgend: BFS) zumindest nicht negativ auswirke. Das Valideneinkommen betrage aufindexiert auf das Jahr 2014 Fr. 51'376.--. Das Invalideneinkommen belaufe sich auf Fr. 31'953.-- (Fr. 53'793.-- Hilfsarbeiterlohn 2014 x 0.66 x 0.9). Dies ergebe einen Invaliditätsgrad von gerundet 38% und somit keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Für die Beschwerdeführerin geeignete Tätigkeiten seien etwa leichtere Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier-, Prüf- sowie Verpackungsarbeiten und leichtere Arbeiten bei der Lager- und Ersatzbewirtschaftung. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt halte damit Stellen für die Beschwerdeführerin bereit. Weder das Alter noch die schlechten beruflichen Qualifikationen würden die Restarbeitsfähigkeit unverwertbar machen (act. G3).

**B.c.** Am 12. September 2018 bewilligt die Abteilungspräsidentin des Versicherungsgerichts das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung; act. G4). Am 12. August 2019 reicht die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin eine Kostennote ein (act. G8.3). Zudem teilt sie mit, dass die Beschwerdeführerin sich im Psychiatriezentrum F.\_\_\_\_ einer ambulanten Therapie unterzogen habe und anschliessend notfallmässig in der Klinik G.\_\_\_\_ hospitalisiert worden sei. Sie reicht entsprechende Arztberichte ein (act. G8, G8.1 und G8.2).

**B.d.** Mit Replik vom 3. Oktober 2018 bestreitet die Beschwerdeführerin die Ausführungen in der Beschwerdeantwort und ersucht um Gutheissung der Beschwerde (act. G6).

**B.e.** Mit Eingabe vom 12. August 2019 reicht die Beschwerdeführerin psychiatrische Berichte vom 13. Juni 2019 (Austrittsbericht Klinik G.\_\_\_\_) und vom 7. Juli 2019 (Dr. C.\_\_\_\_) ein (act. G8).



### Erwägungen

#### 1.

**1.1.** Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind. 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 einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**1.2.** 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 mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG).

#### 2.

**2.1.** 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).



**2.2.** Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 157 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3a).

**2.3.** 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 in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen).

**2.4.** Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt diesen Beweisanforderungen nicht (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

### 3.

Vorliegend macht die Beschwerdeführerin detailliert diverse Mängel am medaffairs-Gutachten geltend. Da die Beschwerdegegnerin betreffend Arbeitsfähigkeit auf dieses Gutachten abstellt, ist nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen. In diesem Kontext werden die Rügen der Beschwerdeführerin bezogen auf die jeweiligen Fachdisziplinen einzeln behandelt.

### 4.

**4.1.** Die Beschwerdeführerin bringt vor, gemäss der allgemeininternistischen und rheumatologischen Exploration betrage ihre Körpergrösse 163 cm. Per 4. Juli 2016 habe ihre Körpergrösse noch 169 cm betragen. Sie sei damit nachweislich innert eines Jahres um sechs Zentimeter geschrumpft. Dies könne durch einen abnehmenden



Flüssigkeitsgehalt im Körper verursacht worden sein, was die Elastizität der Bandscheiben minimieren und so zu vermehrten Rückenschmerzen führen könne; oder aber ein Haltungsschaden durch vermehrte Rückenschmerzen sei der Grund hierfür. Eine Osteoporose-Erkrankung sei ebenso wenig wie Wirbelverformungen und Wirbelbrüche ausgeschlossen worden. Dr. E.\_\_\_\_ mache es sich sehr einfach, die Bemessung der Körpergrösse mit 163 cm als Flüchtigkeitsfehler zu bezeichnen (act. G1, S. 6 f. und S. 16).

**4.2.** Weder die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung noch ihre Behandler im Nachgang zur Begutachtung haben geltend gemacht, sie habe an Körpergrösse verloren. Zudem wurde die Körpergrösse über den Zeitraum von 2012 bis 2016 vom behandelnden Rheumatologen Dr. H.\_\_\_\_ sowie auch von Dr. D.\_\_\_\_, welcher die Beschwerdeführerin zuletzt operiert hat, konstant mit 169 cm angegeben (vgl. beispielhaft IV-act. 84-9, 140-2 und 151-6). Zumindest in diesem Zeitraum kam es also nicht zu einer Abnahme der Körpergrösse. Die Körpergrösse wurde von den medaffairs-Gutachtern offenbar erfragt, nicht selbst gemessen (IV-act. 167-37 und 167-87 "Gewicht 99 kg bei einer Körpergrösse von 163 cm nach Angaben der Probandin, (...)"). Ob die Beschwerdeführerin sich versprochen hat oder die Gutachter sich verhört oder verschrieben haben, lässt sich nicht eruieren. Tatsächlich erscheint diesbezüglich ein (Flüchtigkeits-)Fehler wahrscheinlich. Von einer tatsächlichen "Schrumpfung" der Beschwerdeführerin um sechs Zentimeter innerhalb eines Jahres ist jedenfalls nicht auszugehen.

**4.3.** Soweit die Beschwerdeführerin eine Veränderung der Wirbelsäule befürchtet (Flüssigkeitsverlust Bandscheiben / Haltungsschaden / Wirbelverformungen oder -brüche / Osteoporose) ist entgegenzuhalten, dass die rheumatologische Gutachterin die Wirbelsäule untersucht und namentlich radiologische Befunde hat erheben lassen (IV-act. 167-44, 167-53 f. und 167-60 f.), wobei sich keine Hinweise auf die von der Beschwerdeführerin in den Raum gestellten Möglichkeiten zeigten. Insbesondere eine Osteopenie (Minderung der Knochendichte, Vorstufe der Osteoporose) wurde explizit ausgeschlossen (IV-act. 167-24), ebenso eine rheumatoide Arthritis und eine Gichterkrankung (IV-act. 167-56).

#### **4.4.**

**4.4.1.** Die Beschwerdeführerin rügt, es seien lediglich vereinzelte konventionelle Röntgenbilder anstatt aussagekräftige MRI veranlasst worden, obschon die klinische Untersuchung durch die adipöse Erkrankung erschwert gewesen sei. Deshalb sei die Befundaufnahme ungenau und die rheumatologische Gutachterin habe mit



Wahrscheinlichkeiten argumentieren müssen. Oft würden aus Kostengründen und in Form einer Schnellabfertigung nicht die richtigen bildgebenden Verfahren gewählt, dies mit weitreichenden Konsequenzen für die Beschwerdeführerin (act. G1, S. 7 f. und S. 16).

**4.4.2.** Im Rahmen der Begutachtung wurden beide Hände, die HWS und BWS, das Becken, beide Knie sowie beide OSG geröntgt (IV-act. 167-44 bzw. 167-60 f.). Von einer lediglich vereinzelt Bildgebung kann deshalb nicht gesprochen werden. Zudem verfügten die Gutachter über MRI der Wirbelsäule, des rechten Fusses und des OSG und verschiedene Röntgenabklärungen sowie EMG des rechten Fusses und des linken Unterarms aus den Jahren 2011 und 2012 (vgl. IV-act. 167-14). Dass die Behandler nach 2012 keine neuere Bildgebung mehr veranlasst haben, indiziert, dass sie dafür keine Notwendigkeit sahen. Dies deutet wiederum darauf hin, dass die Behandler nicht davon ausgingen, die Befunde hätten sich relevant verändert bzw. Bildgebungsverfahren könnten ihnen weitere wesentliche Erkenntnisse verschaffen.

**4.4.3.** Mit der Beschwerdegegnerin ist sodann darauf hinzuweisen, dass den Gutachtern ein weiter Ermessensspielraum zukommt, was die Wahl der Untersuchungsmethode betrifft (siehe hierzu Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C\_820/2016, E. 5.5). Die rheumatologische Gutachterin führte aus, es gebe keine klinischen Hinweise auf Gelenkschwellungen. Auch gebe es weder an der HWS noch an der LWS provozierbare radikuläre Schmerzausstrahlungen. Hinweise für eine entzündliche Ursache der Gelenksbeschwerden seien keinesfalls sicher. Zwar könnten Gelenkschwellungen klinisch in den Sprunggelenken nicht ausgeschlossen werden, konventionell-radiologisch zeigten sich hier aber eher nur Weichteilschwellungen (IV-act. 167-56).

**4.4.4.** Das Rheumalabor war unspezifisch, die Entzündungswerte nicht erhöht. Hingegen hat die Beschwerdeführerin der rheumatologischen Gutachterin in nahezu sämtlichen Fibromyalgie-Druckpunkten, aber auch in anderen Bereichen der Muskulatur und der Gelenke Schmerzen angegeben. Die Gutachterin leitete daraus plausibel ab, das Vorliegen einer entzündlich-rheumatologischen Ursache der Beschwerden könne als unwahrscheinlich betrachtet werden. Fibromyalgie sei entsprechend wahrscheinlicher (IV-act. 167-56 f.). In der Konsensbeurteilung heisst es weiter, die Muskel- und Gelenkschmerzen könnten keiner rheumatologisch entzündlichen oder degenerativen Krankheit zugeordnet werden, sondern seien im Rahmen des Widespread Pain Syndrom / Fibromyalgie zu werten (IV-act. 167-26). Unter diesen Gegebenheiten ist nicht zu beanstanden, dass die rheumatologische



Gutachterin keine weiteren Röntgenaufnahmen oder MRI veranlasst hat. Wesentliche zusätzliche Erkenntnisse wären von solchen wie auch von weiteren Untersuchungen nicht zu erwarten gewesen. Kostenüberlegungen standen somit jedenfalls nicht im Vordergrund. Auch die Vorakten sowie die nach der Begutachtung eingereichten Behandlerberichte vermögen an der gutachterlichen Einschätzung keine ernstlichen Zweifel zu erwecken.

**4.4.5.** Die Beschwerdeführerin kritisiert weiter, die rheumatologische Gutachterin habe sich nicht mit den Berichten von Dr. H.\_\_\_\_ auseinandergesetzt. Sie habe folgenden Diagnosen von Dr. H.\_\_\_\_ keine Beachtung geschenkt: Periarthropathia humero scapularis chronica; Tenosynovitis de Quervain rechts (act. G1, S. 8 f.). In der Tat fehlt im Gutachten eine ausdrückliche Diskussion der Befunde und Diagnosen von Dr. H.\_\_\_\_ mit Bezugnahme auf seinen Bericht, obschon dies wünschenswert gewesen wäre. Die Berichte von Dr. H.\_\_\_\_ werden jedoch im Gutachten in der Anamnese jeweils zusammengefasst (vgl. etwa IV-act. 167-46 f.) und die von der Beschwerdeführerin genannten Diagnosen bleiben nicht ungeprüft, wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen. Bei der Periarthropathia humero scapularis handelt es sich um eine nicht mehr gebräuchliche Sammelbezeichnung für verschiedene degenerative Prozesse im Bereich von Rotatorenmanschette, Gelenkkapsel oder langer Bizepssehne am Schultergelenk, die zu schmerzhafter Bewegungseinschränkung führen (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 1377). Diese Bereiche wurden von der rheumatologischen Gutachterin untersucht, wobei sie eine teilweise fehlende Mitarbeit der Beschwerdeführerin anmerkte, im Übrigen aber keine mit von Dr. H.\_\_\_\_ Diagnose übereinstimmenden Auffälligkeiten feststellte (vgl. insbesondere IV-act. 167-57). Es ist damit ohne Weiteres nachvollziehbar, dass die rheumatologische Gutachterin diese Diagnose nicht stellte. Die Diagnose der Tenosynovitis de Quervain rechts stellte Dr. H.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 4. Dezember 2013, in seinem Bericht vom 26. November 2014 jedoch nicht mehr (siehe IV-act. 102-7 und 140). Nachdem die rheumatologische Gutachterin auch den rechten Arm untersucht und entzündliche Erkrankungen ausgeschlossen hat (siehe E. 4.4.3 f. vorstehend), führt die fehlende explizite Auseinandersetzung mit den Einschätzungen von Dr. H.\_\_\_\_ durch Diskussion seiner Berichte nicht zur Unverwertbarkeit des medaffairs-Gutachtens.

## 4.5.

**4.5.1.** Die Beschwerdeführerin bringt vor, die rheumatologische Gutachterin habe ihre letzte Erwerbstätigkeit als mittelschwer angesehen und eine volle Arbeitsunfähigkeit dafür attestiert, wohingegen in einer adaptierten, leichten Tätigkeit eine volle



## St.Galler Gerichte

Arbeitsfähigkeit bestehe. Dann aber habe sie auch in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100% attestiert (IV-act. 167-58 f.). Gemäss Feststellungsblatt der Beschwerdegegnerin habe es sich bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit jedoch um eine sehr leichte bis leichte Arbeit gehandelt (IV-act. 171-3). Dies sei widersprüchlich (act. G1, S. 9).

**4.5.2.** Die letzte Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin hat auf dem Fragebogen für Arbeitgebende am 10. Januar 2013 unter anderem angegeben, die Beschwerdeführerin habe manchmal mittelschwer heben und selten auch Gewicht über Brusthöhe heben müssen (IV-act. 89-8). Die rheumatologische Gutachterin beschreibt sodann, seit 2013 sei von einer zunehmenden Entwicklung von Rückenschmerzen auszugehen für mittelschwere Tätigkeiten verbunden mit schwerem Heben von mehr als 5 kg und bückende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten ohne Möglichkeit der Wechselbelastung. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagermitarbeiterin liege somit ab diesem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vor (IV-act. 167-58). Damit begründete die rheumatologische Gutachterin ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung für die angestammte Tätigkeit transparent und konnte sich hierfür auf die Angaben der Arbeitgeberin stützen. Es ist deshalb vertretbar, dass sie die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit als mittelschwer einstufte. Folglich ist es nicht widersprüchlich, wenn die rheumatologische Gutachterin diese Erwerbstätigkeit als seit 2013 nicht mehr zumutbar erachtet, in einer adaptierten Tätigkeit indes eine Arbeitsfähigkeit von 100% attestiert. Ein Widerspruch zur diesbezüglichen Konsensbeurteilung (IV-act. 167-30) ist nicht ersichtlich. Dass die rheumatologische Gutachterin unter dem Titel "Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit" schrieb, in einer angepassten Tätigkeit mit Möglichkeit zur Wechselbelastung, ohne schweres Heben und ohne bückende Tätigkeiten sei die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht 100% arbeitsfähig (IV-act. 167-59) mag aufgrund des vorangestellten Titels verwirrend erscheinen, bringt aber gerade zum Ausdruck, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit – welche nicht angepasst ist – nicht mehr arbeitsfähig ist. Die Beschwerdegegnerin hatte in ihrer Verfügung vom 30. Mai 2018 zwar noch fälschlich angenommen, die Restarbeitsfähigkeit könne in der angestammten Tätigkeit verwertet werden (IV-act. 175), hat diese Fehleinschätzung jedoch in ihrer Beschwerdeantwort korrigiert (act. G3).

## 4.6.

**4.6.1.** Die Beschwerdeführerin argumentiert, die Blutwerte würden sich im oberen Grenzbereich befinden, was auf eine bevorstehende Entzündung sowie eine schlechte Prognose hindeute und die Diagnose von Dr. H.\_\_\_\_ bestätige (act. G1, S. 9 f.).



**4.6.2.** Unstreitig kann aus den zum Zeitpunkt der Begutachtung geprüften Blutwerten kein entzündlicher Vorgang nachgewiesen werden. Dementsprechend hielt RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ dieses Vorbringen der Beschwerdeführerin denn auch für obsolet (IV-act. 174-2). Die Beschwerdeführerin machte gegenüber den Gutachtern im Zeitpunkt der Begutachtung auch nicht geltend, ihr gehe es ungewöhnlich gut. Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise, wonach die Blutwerte vor der Begutachtung über längere Zeit wesentlich schlechter gewesen wären. Demzufolge bestand für die medaffairs-Gutachter keine Veranlassung, die Blutwerte erneut zu prüfen oder anders zu interpretieren.

### **4.7.**

**4.7.1.** Die Beschwerdeführerin weist darauf hin, die rheumatologische Gutachterin verfüge erst seit 2013 über den Facharztstitel, Dr. H.\_\_\_\_ dagegen bereits seit 1987. Angesichts seiner überlegenen Erfahrung sei deshalb auf die Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_ abzustellen (act. G1, S. 10).

**4.7.2.** Ein Gutachten dient dazu, Fachwissen, über welches die Verwaltung oder das Gericht nicht verfügt, in das Verfahren einzuführen. Damit das Gutachten im Administrativ- oder Gerichtsverfahren verwertet werden kann, ist es notwendig, dass eine medizinische Gutachtensperson über hinreichendes medizinisches Fachwissen und praktische Erfahrung verfügt. Um den Ausbildungsstand einer medizinischen Fachperson einschätzen zu können, muss die Verwaltung bzw. das Gericht auf formelle Kriterien abstellen. Deshalb wird in der Praxis ein dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender spezialärztlicher Titel, mithin ein Facharztstitel verlangt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. November 2007, I 142/07, E. 3.2.3, und vom 19. Mai 2020, 8C\_767/2019, E. 3.3.2, je mit Hinweisen). Die rheumatologische medaffairs-Gutachterin verfügt über einen entsprechenden Facharztstitel, sodass sie in fachlicher Hinsicht qualifiziert ist.

**4.7.3.** Aus dem Zeitpunkt des Erwerbs des Facharztstitels kann nicht abgeleitet werden, die Beurteilung des Behandlers sei zutreffender als jene der Gutachterin, weil dieser über die längere Berufserfahrung verfüge. Die erforderlichen Fachkenntnisse werden mittels Facharztstitel ausgewiesen. Eine längere Berufsausübung gewährleistet für sich alleine nicht eine zutreffendere Diagnosestellung und Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit. So, wie die Gutachtensperson bei ihrer Begutachtung eine gegenüber den Behandlern abweichende Einschätzung nachvollziehbar begründen muss, kann die behandelnde Fachperson am Gutachten



sachliche Kritik üben und wiederum fachlich fundiert dartun, weshalb dessen Erkenntnisse nicht zutreffen bzw. ihre eigene Beurteilung überzeugt.

**4.7.4.** In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson einerseits und des Begutachtungsauftrags der amtlich bestellten fachmedizinischen Gutachtensperson andererseits es nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entspricht es zudem einer Erfahrungstatsache, dass behandelnde Arztpersonen bzw. Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts vom 20. November 2007, 8C\_29/2018, E. 3.2.2 mit Hinweisen).

**4.7.5.** Vorliegend ist das rheumatologische Gutachten überzeugend. Die Differenzen zwischen den Ergebnissen der rheumatologischen Begutachtung und den Behandlerberichten, insbesondere jenen von Dr. H.\_\_\_\_, sind nachvollziehbar begründet. Dr. H.\_\_\_\_ selbst hat im Nachgang zur Begutachtung keine wichtigen Aspekte benannt, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Dementsprechend ist nicht auf Dr. H.\_\_\_\_s Einschätzung abzustellen und das rheumatologische Teilgutachten ist beweiskräftig.

## 5.

### 5.1.

**5.1.1.** Bezüglich des neurologischen Teilgutachtens kritisiert die Beschwerdeführerin, der begutachtende Neurologe habe auf aktuelle bildgebende Verfahren oder eine Nervensonographie verzichtet, obwohl er selbst ausführe, dass darauf zurückgegriffen werden müsste. Dieser Gutachtensteil beruhe auf einer unvollständigen Untersuchung (act. G1, S. 10).

**5.1.2.** Wie bereits im Zusammenhang mit der Kritik am rheumatologischen Teilgutachten erwähnt, steht der begutachtenden Fachperson betreffend Untersuchungsmethode ein gewisser Ermessensspielraum offen (siehe E. 4.4.3



vorstehend). Zu erwähnen ist, dass der neurologische Gutachter im Rahmen der Exploration eine vertiefte Untersuchung des Nervus ulnaris mittels Ultraschall durchführte (IV-act. 167-75). Demnach zog der neurologische Gutachter die von ihm als erforderlich erachteten Hilfsmittel durchaus hinzu.

**5.1.3.** Der neurologische Gutachter beschrieb, in der Zusammenschau der Befunde hätten kein Hinweis für eine höhergradige motorische Einschränkung im Bereich der unteren Extremitäten und keine klinischen Hinweise für ein lumboradikuläres Schmerz- oder sensomotorisches Ausfallsyndrom vorgelegen. Die Sensibilitätsstörung im Bereich des rechten Fusses sei deutlich über eine mögliche Schädigung des Nervus tibialis bzw. plantaris medialis oder lateralis hinausgegangen. Alle Triggerpunkte, auch der Kontrollpunkt (Stirn bds.) seien positiv gewesen. Auch bei leichtem Zug an den Haaren hätte die Beschwerdeführerin "massivste Schmerzen" angegeben (IV-act. 167-73). Weiter beschrieb der neurologische Gutachter, weil bei der Beschwerdeführerin nahezu alle Bewegungen, leichtere Manipulationen und Berührungen mit ausgeprägten Schmerzsymptomen assoziiert seien, sei der Schmerz sicherlich nicht mehr allein somatisch erklärbar (vgl. IV-act. 167-77). Der neurologische Gutachter diskutierte ausführlich die Angaben aus den Vorakten und die verschiedenen Untersuchungsmöglichkeiten (z.B. Nervensonographie, Spurling-Test, IV-act. 167-77), gab aber auch an, aus welchen Gründen die von ihm nicht durchgeführten Testungen keinen Erkenntnisgewinn versprachen. Beispielsweise legte er einleuchtend dar, kurz nach der Operation des rechten Fusses sei von einer deutlichen Besserung berichtet worden, sodass nicht davon auszugehen sei, dass im Rahmen der operativen Versorgung Nervenenden verletzt worden seien. Später sei berichtet worden, die Symptomatik habe sich gänzlich nicht geändert. Die bereits damals geschilderte Symptomatik sei deutlich über eine lokalisierte und somatisch erklärbare Schädigung des Nervus plantaris lateralis hinausgegangen. Im Verlauf sei es dann zu einer ähnlichen Symptomatik auf der linken Seite gekommen, sodass weniger von einer somatisch erklärbaren, durch eine Nervenschädigung bedingten Symptomatik, sondern eher von einer inadäquaten Schmerzausbreitung auszugehen sei. Die Sensibilitätsstörungen und Schmerzen im Bereich des ganzen Fusses seien wahrscheinlich im Rahmen einer somatisch nicht erklärbaren, zunehmenden Generalisierung der Schmerzsymptomatik zu sehen (IV-act. 167-76 f.). Zentral erscheint in diesem Zusammenhang auch die Feststellung des neurologischen Gutachters, wonach keine Hinweise für eine Schädigung des peripheren oder zentralen Nervensystems, die einen wesentlichen Anteil an der Schmerzsymptomatik haben könnten, hätten identifiziert werden können (IV-act. 167-78).



**5.1.4.** Die Beschwerdeführerin bringt vor, gemäss einer Studie (S. Olerth et. al, Diffuse idiopathische Hyperostose (DISH) beim Hund: Eine Übersicht, online abrufbar unter <https://www.dysplasie-schweiz.unibe.ch/e332465/e406506/e472030/> / DiffuseidiopathischeskelettaleHyperostoseDISHbeimHundEinebersicht\_ger.pdf) würden CT- und MRI-Aufnahmen in Fällen wie dem vorliegenden empfohlen, da die klinischen Symptome beim Menschen doch meist mild seien. Entgegen ihren Ausführungen werden jedoch in dieser Studie Röntgenbilder zur Diagnosestellung eben gerade als zweckmässig betrachtet, weitere bildgebende Verfahren lediglich als hilfreich. Insofern kann die Beschwerdeführerin aus der von ihr zitierten Quelle nichts zu ihren Gunsten ableiten.

**5.1.5.** Der neurologische medaffairs-Gutachter stützt seine Schlussfolgerung nach dem Gesagten auf eine gründliche klinische Untersuchung und das Studium der Vorakten, wobei er sich offenkundig mit dem Krankheitsverlauf bei der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt hat. Seine Ausführungen sind einleuchtend. Es bestand somit keine Notwendigkeit, weitere Zusatzuntersuchungen zu veranlassen. Das Gutachten ist dementsprechend in dieser Hinsicht nicht mangelhaft.

## 5.2.

**5.2.1.** Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, der neurologische Gutachter hätte bei Verzicht auf aktuelle MRI des OSG mindestens den früheren Behandler, Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH Neurologie, kontaktieren müssen, statt Mutmassungen und Vermutungen aufzustellen. Zudem müsse dem Gutachter entgangen sein, dass der jüngste Bericht von Prof. I.\_\_\_\_ vom 10. März 2012 nicht in den IV-Akten enthalten sei (act. G1, S. 11).

**5.2.2.** Die Beschwerdegegnerin hat die (damals schon rechtlich vertretene) Beschwerdeführerin am 24. November 2016 schriftlich aufgefordert, ihr die Namen und Adressen der behandelnden Ärzte mitzuteilen, damit sie von diesen aktuelle Berichte einholen und anschliessend die medizinische Begutachtung in die Wege leiten könne (IV-act. 145). Mit Schreiben vom 12. Dezember 2016 nannte die Beschwerdeführerin daraufhin die Dres. B.\_\_\_\_, C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ als ihre behandelnden Ärzte (IV-act. 147). Prof. I.\_\_\_\_ nannte sie hingegen nicht. Der von Dr. H.\_\_\_\_ wiederholt zitierte Bericht von Prof. I.\_\_\_\_ vom 10. März 2012 (act. G1 S. 11 mit Hinweisen) betrifft offenbar den Nervus plantaris medialis und lateralis rechts (mittels Elektrodiagnose untersucht). In dem Bericht von Prof. I.\_\_\_\_ vom 12. Januar 2012 (IV-act. 67-18 f.), welcher ebenfalls den Nervus plantaris lateralis rechts betrifft, wird eine residuale Neuropathie diagnostiziert. Dieser Bericht lag den medaffairs-Gutachtern vor (IV-act. 167-17 und



167-65 f.). Wesentlich andere relevante Befunde dürften dem Bericht vom 10. März 2012 nicht zu entnehmen sein; solches wird von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Mit der Einladung zur Begutachtung wurde die Beschwerdeführerin zudem aufgefordert, alle aktuellen medizinischen Unterlagen von kürzlich stattgefundenen Arztterminen mitzubringen (IV-act. 164-2). Den Arztbericht von Prof. I.\_\_\_\_ vom 10. März 2012, auf den sie nun hinweist, hatte sie weder der Beschwerdegegnerin eingereicht noch an den Begutachtungstermin mitgebracht. Die Beschwerdeführerin befand sich zum Zeitpunkt der Begutachtung also bereits seit mehreren Jahren nicht mehr in fachärztlicher neurologischer Behandlung oder Abklärung. Daraus, dass seit 2012 keine Konsultationen bei einem neurologischen Facharzt mehr stattfanden und die Beschwerdeführerin im Jahr 2016 auch keinen neurologischen Facharzt mehr als Behandler angab, kann geschlossen werden, dass weder die Beschwerdeführerin selbst noch ihre behandelnden Ärzte, namentlich ihr Hausarzt, von einer neurologischen Behandlungsbedürftigkeit oder der Notwendigkeit weiterer neurologischer Testungen ausgegangen sind. Auch im Rahmen der Begutachtung ergab sich kein weitergehendes Abklärungsbedürfnis. Somit drängten sich auch keine weitergehenden neurologischen Abklärungen oder eine Kontaktaufnahme mit Prof. I.\_\_\_\_ auf.

### 5.3.

**5.3.1.** Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Behauptung des neurologischen Gutachters, wonach eine Reizung des Sulcus ulnaris mangels schneller repetitiver Bewegungen ausgeschlossen werden könne, sei falsch. Bereits kleinste Druckschäden und -belastungen würden für eine Nervenreizung ausreichen. Dies umso mehr, als die Beschwerdeführerin von einem häuslichen Unfall mit Sturz auf den Arm berichtet habe (act. G1, S. 11 f.).

**5.3.2.** Die Beschwerdeführerin verweist betreffend Sturzereignis auf den "Lebenslauf Gutachtenpatienten", welchen sie am 28. August 2017 ausgefüllt hat (act. G1.5). Gemäss jenem Formular war sie ca. 1998 über die Bettkante gestolpert und auf den Ellbogen gestürzt. Die Folgen seien eine Ellbogenprellung, Physiotherapie in J.\_\_\_\_, Spritzen durch Dr. B.\_\_\_\_ und "keine Kraft in Arme + Hände" gewesen (act. G1.5, S. 3). Ein Zusammenhang zwischen diesem Sturzereignis und der aktuell behaupteten Nervenreizung ist nicht ersichtlich. Insbesondere war die Beschwerdeführerin nach diesem Sturzereignis noch erwerbstätig. Ihre letzte Anstellung verlor sie erst 2012 (vgl. act. G3.2/1-5). Auch in ihrer IV-Anmeldung vom 28. März 2012 erwähnte sie bei den Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung keine Schulter-, Arm- oder



Ellbogenschmerzen, sondern machte lediglich Fuss- und Beinschmerzen geltend (IV-act. 51-4). Demnach hatten die Folgen des Sturzereignisses von 1998 keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, zumindest nicht in einer adaptierten Tätigkeit. Soweit die Beschwerdeführerin die medizinische Einschätzung des neurologischen Gutachters als falsch bezeichnet, ist sie mangels eigenen medizinischen Fachwissens, Verweises auf entsprechende Arztberichte oder einschlägige medizinische Literatur nicht zu hören. Der neurologische Gutachter hat sowohl die Befunde als auch seine Beurteilung betreffend Sulcus ulnaris-Syndrom nachvollziehbar und überzeugend dargelegt (vgl. IV-act. 167-74).

### 5.4.

**5.4.1.** Die Beschwerdeführerin bemängelt weiter, der neurologische Gutachter habe eine Stoffwechselerkrankung (z.B. Gicht) oder eine rheumatologische Arthritis nicht mittels bildgebender Verfahren oder Tests ausgeschlossen (act. G1, S. 12). Sie übersieht dabei, dass die rheumatologische Gutachterin, in deren Fachgebiet Gichterkrankungen und rheumatoide Arthritis fallen, solche explizit ausgeschlossen hat (IV-act. 167-56). Ihr diesbezüglicher Einwand verfängt deshalb nicht.

**5.4.2.** Die Beschwerdeführerin macht zudem geltend, der neurologische Gutachter hätte die rheumatologische Gutachterin darauf hinweisen müssen, dass diese die von Dr. H.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen nicht vollständig überprüft habe. Er habe sich nicht oder mangelhaft mit den Arztberichten der behandelnden Fachärzte und der RAD-Abklärung vom 3. April 2014 auseinandergesetzt (act. G1, S. 12). Diesbezüglich kann auf E. 4.4.5 vorstehend verwiesen werden.

### 5.5.

**5.5.1.** Die Beschwerdeführerin kritisiert, der neurologische Gutachter verneine das Vorliegen eines durch Prof. I.\_\_\_\_ bestätigten CRP-Syndroms, ohne selbst eine entsprechende Testung veranlasst zu haben (act. G1, S. 12 f.).

**5.5.2.** Prof. I.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 12. Januar 2012 lediglich fest, differentialdiagnostisch sei auch an ein komplexes regionales Schmerzsyndrom zu denken (IV-act. 67-19). In der Folge wurde die Differenzialdiagnose indes, soweit aus den Akten ersichtlich, nicht bestätigt und auch nicht mehr weiterverfolgt. Es ist dementsprechend nicht zu beanstanden, dass der neurologische Gutachter dazu bloss äusserte, basierend auf den aktuellen Diagnosekriterien könne die Diagnose eines CRPS sicherlich nicht gestellt werden. Dies, nachdem sich in der aktuellen



Untersuchung keine Hinweise für das Vorliegen eines CRPS oder eines Residualzustandes bei CRPS ergeben hatten (IV-act. 167-78).

### 5.6.

**5.6.1.** Die Beschwerdeführerin bemängelt, der neurologische Gutachter diagnostiziere zwar ein mögliches Ulnaris-Reizsyndrom bds., eine mögliche Sensibilitätsstörung und Schmerzen bei lokaler Schädigung des Nervus plantaris lateralis rechts sowie mögliche Medikamenten-induzierte Kopfschmerzen, messe diesen Diagnosen jedoch unbegründeterweise keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei (act. G1, S. 13).

**5.6.2.** Wie die Beschwerdeführerin richtig feststellt, handelt es sich bei allen drei vom neurologischen Gutachter genannten Diagnosen um Verdachtsdiagnosen (vgl. IV-act. 167-74). Selbst wenn diese zutreffen würden, wäre dadurch die Arbeitsfähigkeit aber nicht in quantitativer Hinsicht eingeschränkt. Deshalb gab der neurologische Gutachter an, die Diagnosen würden sich auf die Arbeitsfähigkeit nicht auswirken. Für das IV-Verfahren ist die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit relevant. Die Diagnosen können die Arbeitsfähigkeit indes in qualitativer Hinsicht beeinflussen, indem etwa eine Tätigkeit mit häufigen schnellen und repetitiven Bewegungen für die Beschwerdeführerin nicht geeignet ist.

**5.6.3.** Dass der neurologische Gutachter angab, eine Besserung der Kopfschmerzen könnte durch Medikamentenentwöhnung erreicht werden, dafür aber eine schlechte Prognose stellt (vgl. IV-act. 167-80 f.) ist nicht zu beanstanden. Aufgabe des Gutachters ist unter anderem die Prüfung der Behandlungsmöglichkeiten der erhobenen Gesundheitseinschränkungen und die Diskussion, ob diese Behandlungen durchführbar und erfolgsversprechend sind. Diese Aufgabe hat der neurologische Gutachter erfüllt.

**5.6.4.** Die Beschwerdeführerin macht geltend, der neurologische Gutachter gebe an, es bestünden keine Zweifel an einer partiellen Schädigung des Nervus plantaris lateralis oder des Endastes (act. G1, S. 13). Dies ist korrekt, jedoch erwähnt der Gutachter gleichentors, diese Schädigung könne die Symptomatik im Bereich des rechten Fusses nicht in der Art und Weise erklären (IV-act. 167-79). Der Gutachter geht vielmehr von einer inadäquaten Schmerzausbreitung bzw. einer zunehmenden Generalisierung der Schmerzsymptomatik aus (IV-act. 167-77), was nicht zu beanstanden ist.



### 5.7.

**5.7.1.** Die Beschwerdeführerin kritisiert weiter, die Explorationszeit von einer Stunde sei nicht ausreichend für eine ganzheitliche Diagnosestellung inkl. Testung (act. G1, S. 13).

**5.7.2.** Eine Begutachtung ist naturgemäss auf einen relativ kurzen Zeitraum begrenzt. Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kommt es nicht auf die Dauer der Exploration an, sondern darauf, ob das Gutachten inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Mai 2020, 8C\_767/2019, E. 3.4 mit Hinweis). Das vorliegende neurologische Gutachten erfüllt diese Anforderungen, sodass die von der Beschwerdeführerin kritisierte Explorationszeit von einer Stunde den Beweiswert des medaffairs-Gutachtens nicht in Zweifel zieht.

### 6.

#### 6.1.

**6.1.1.** Die Beschwerdeführerin bemängelt, der psychiatrische Gutachter schreibe, er habe sie auf "offensichtliche Widersprüche" in der Aktenlage angesprochen. Angaben darüber, um welche Widersprüche es sich hierbei handeln solle, würden jedoch gänzlich fehlen und seien damit nicht nachvollziehbar. Zu Beginn der Begutachtung sei verdeutlicht worden, dass man für die Beschwerdegegnerin arbeite und deshalb eine Begutachtung durchführe. Es gehe hierbei ausschliesslich um die Klärung dieser Widersprüche. Die psychisch kaum belastbare Beschwerdeführerin habe sich daher gekränkt, demotiviert sowie nicht ernstgenommen gefühlt und habe sich verschlossen (act. G1, S. 14).

**6.1.2.** Anlässlich einer Begutachtung ist es angezeigt, die zu begutachtende Person zu Beginn über den Zweck und den Ablauf der Begutachtung zu informieren. Hierzu gehört auch Transparenz hinsichtlich Auftraggeber und der Hinweis, dass keine Behandlung stattfindet, sondern eine im IV-Verfahren zu verwertende Begutachtung. Der psychiatrische Gutachter hat die Beschwerdeführerin entsprechend informiert (vgl. IV-act. 167-82 und 167-86) und sich damit an die Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP (3. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, 16. Juni 2016; nachfolgend: Leitlinien) gehalten (vgl. insbesondere S. 9 und Anhang 1 Leitlinien). Tatsächlich geht aus dem Gutachten nicht hervor, worauf sich der psychiatrische Gutachter bezieht, wenn er berichtet, die Beschwerdeführerin auf offensichtliche Widersprüche angesprochen zu haben (IV-act. 167-86). Klar ist indes,



dass die Beschwerdegegnerin bzw. der RAD die Arbeitsfähigkeit bzw. den Gesundheitszustand anders einschätzten als die behandelnden Arztpersonen und die Begutachtung das Ziel verfolgte, eine verlässliche medizinische Einschätzung abzugeben. Des Weiteren ist klar, dass die Gutachter zu diesem Zweck Widersprüche soweit möglich ausräumen. Der psychiatrische Gutachter hat sich somit korrekt verhalten, indem er die Beschwerdeführerin über Ziel und Zweck der Begutachtung sowie die Auftraggeberin informierte sowie auf (wie auch immer geartete) Widersprüche ansprach.

**6.1.3.** Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, sie habe sich verschlossen, kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Der psychiatrische Gutachter beschrieb, die Interaktion sei zunächst freundlich gewesen, im Rahmen des Gesprächs jedoch vom Affekt her eher labil, dennoch kein durchgängiger depressiver Habitus. In der Gesprächsführung sei die Beschwerdeführerin nur mässig kooperativ und insgesamt nur bedingt motiviert wirkend gewesen (IV-act. 167-93). Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage gewesen wäre, die für die Begutachtung erforderlichen Angaben zu machen, sind nicht ersichtlich. Im Gegenteil beschreibt der psychiatrische Gutachter, bei der Beschwerdeführerin würden dysfunktionale Krankheitsverarbeitung, Dekonditionierung und Motivationsdefizite vorliegen, die nicht auf die psychiatrischen Störungen zurückgehen würden (vgl. IV-act. 167-102 und 167-27). Der Beschwerdeführerin war die Mitwirkung an der psychiatrischen Begutachtung möglich und zumutbar. Das Gutachten behält damit seinen Beweiswert, selbst wenn die Beschwerdeführerin sich verschlossen haben sollte.

## **6.2.**

**6.2.1.** Die Beschwerdeführerin kritisiert sodann, weshalb die Persönlichkeitsstörung gerade eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Bereich von einem Drittel verursachen solle, werde nicht erörtert oder nachvollziehbar begründet (act. G1, S. 14).

**6.2.2.** Der psychiatrische Gutachter hielt unter anderem fest, er sehe leichte Einschränkungen im Bereich der Anpassung an Regeln und Routinen sowie bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben, mittlere Einschränkungen bei der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit und der Durchhaltefähigkeit. Auch die Gruppenfähigkeit sei eingeschränkt (Mini-ICF; IV-act. 167-96). Zwischenmenschliche Probleme dürften immer wieder entstehen. Die dysfunktionale Krankheitsverarbeitung, Dysthymia und Persönlichkeitsstörung könnten mit einem erschwerten Umgang mit Schmerzen



einhergehen (IV-act. 167-103). Hinzu kommt, dass bei der Beschwerdeführerin wenig Ressourcen erkennbar seien (IV-act. 167-105). Dies erklärt eine gewisse psychisch begründete Arbeitsunfähigkeit.

**6.2.3.** Andererseits hielt der psychiatrische Gutachter fest, zahlreiche Funktionseinschränkungen würden nicht auf die psychische Störung direkt zurückgehen, sondern auf dysfunktionale Krankheitsverarbeitung, Dekonditionierung und Motivationsdefizite bei Arbeitslosigkeit, niedriger Vermittlungsfähigkeit, fortgeschrittenem Alter und tiefem Bildungsniveau. Konkrete Eingliederungsbemühungen seitens der Beschwerdeführerin seien nicht zu beobachten. Ein geringer bis mittlerer, streckenweise hoher Leidensdruck sei dennoch gegeben (IV-act. 167-102 und 167-105). Dem Verlauf könne keine negative Prognose entnommen werden, da er zwar mehrjährig sei, aber kein ausgewiesener Rückzug in allen Belangen des Lebens erkennbar sei, keine konsequenten adäquaten Behandlungsbemühungen und vor allem keine gescheiterten Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der Beschwerdeführerin vorgefunden würden (IV-act. 167-104). Daraus geht ohne Weiteres hervor, dass nur eine teilweise Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht begründet werden kann. Der psychiatrische Gutachter schätzt, dass die Persönlichkeitsstörung in Verbindung mit Leidensdruck, Komorbidität, Dysthymia und dysfunktionaler Krankheitsverarbeitung einen Drittel Verlust der Arbeitsfähigkeit zur Folge habe (IV-act. 167-82 ff., insbesondere IV-act. 167-106 f.).

**6.2.4.** Stets Rechnung zu tragen ist dem Umstand, dass die psychiatrische Exploration sowie die medizinische Folgenabschätzung von der Natur der Sache her notgedrungen eine hohe Variabilität aufweisen und unausweichlich Ermessenszüge tragen. Sie eröffnen der begutachtenden psychiatrischen Fachperson daher praktisch immer einen gewissen Ermessensspielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und rechtlich zu respektieren sind, sofern die begutachtende Person *lege artis* vorgegangen ist (Urteile des Bundesgerichts vom 19. Mai 2020, 9C\_18/2020, E. 4.1 *in fine*, und vom 5. April 2019, 9C\_668/2018, E. 3.5, je mit Hinweisen). Da der psychiatrische Gutachter *lege artis* vorgegangen ist, ist seine Einschätzung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um einen Drittel zu respektieren.

**6.2.5.** Die Beschwerdeführerin kritisiert auch die psychiatrische Explorationszeit als zu kurz (act. G1, S. 15). Diesbezüglich kann auf E. 5.7.2 vorstehend verwiesen werden. Für die psychiatrische Exploration gilt nichts anderes.



### 6.3.

**6.3.1.** Die Beschwerdeführerin macht schliesslich geltend, die Gutachter wie auch die Beschwerdegegnerin hätten es unterlassen zu beschreiben, welche optimal angepassten Tätigkeiten die Beschwerdeführerin noch ausführen könne bzw. welche konkreten Tätigkeitsfelder in Betracht kämen (act. G1, S. 15).

**6.3.2.** Gestützt auf das Gutachten ist es indes möglich, Tätigkeiten zu benennen, welche der Beschwerdeführerin zumutbar sind. Die Beschwerdegegnerin hat dies in der Beschwerdeantwort getan (act. G3). Der Einwand der Beschwerdeführerin ist nicht stichhaltig.

### 7.

**7.1.** Mit Schreiben vom 12. August 2019 reichte die Beschwerdeführerin den Austrittsbericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2019 sowie den Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 7. Juli 2019 ein (act. G8).

**7.2.** Vorliegend ist nur der Sachverhalt bis zum Verfügungszeitpunkt (30. Mai 2018) zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. November 2018, 8C\_562/2018, E. 3.2). Aus den eingereichten Berichten gehen keine zum Begutachtungszeitpunkt bereits vorhandenen unentdeckten Tatsachen hervor, welche an der Beurteilung der medaffairs-Gutachter Zweifel erwecken würden.

**7.3.** Zusammenfassend erfüllt das medaffairs-Gutachten die Anforderungen an ein beweiskräftiges Administrativgutachten. Es ist deshalb darauf abzustellen. Insbesondere ist die Beschwerdeführerin gestützt auf das Gutachten als zu zwei Dritteln bzw. (gerundet) 67% arbeitsfähig in einer adaptierten Tätigkeit anzusehen, wobei diese Arbeitsfähigkeit seit August 2015 besteht.

### 8.

**8.1.** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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 gesund geblieben wäre (Valideneinkommen; Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige



rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 f. mit Hinweisen).

**8.2.** Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100% zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sogeannter Prozentvergleich). Der Prozentvergleich bietet sich somit namentlich an, wenn Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen sind. Deren genaue Ermittlung erübrigt sich: Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, dies unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2019, 9C\_851/2018, E. 5.1 mit Hinweisen).

**8.3.** Vorliegend verfügt die Beschwerdeführerin über keine Berufsausbildung. Sie war in der Vergangenheit in verschiedenen Hilfstätigkeiten angestellt, namentlich im Service, als Heimarbeiterin und zuletzt als Lagermitarbeiterin, wobei sie über ein Temporärarbeitsunternehmen angestellt war (vgl. IV-act. 127-1, IV-act. 89). Es rechtfertigt sich deshalb, zur Bemessung des Valideneinkommens die Tabellenlöhne (Tabelle TA1 2014, total alle Wirtschaftszweige, Kompetenzniveau 1, Frauen) der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (nachfolgend: LSE) heranzuziehen. Im Weiteren geht die Beschwerdeführerin keiner Erwerbstätigkeit nach, sodass für das Invalideneinkommen ebenfalls auf die LSE-Tabellenlöhne (Tabelle TA1 2014, total alle Wirtschaftszweige, Kompetenzniveau 1, Frauen) abzustellen ist. Da sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf Hilfsarbeiterinnenniveau angesiedelt und gestützt auf die LSE zu bestimmen sind, kann ein Prozentvergleich erfolgen. Demnach entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Tabellenlohnabzugs.



### 8.4.

**8.4.1.** Die Beschwerdeführerin macht einen Tabellenlohnabzug (Leidensabzug) von 25% geltend (act. G1, insbesondere S. 17 ff.). Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Es hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität, Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) ab, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind. Bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, d.h. dass nicht für jedes Merkmal der entsprechende Abzug zu quantifizieren ist und die einzelnen Abzüge zusammenzuzählen sind. Der Abzug ist auf höchstens 25% begrenzt (Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2018, 9C\_833/2017, E. 2.2; BGE 134 V 327 E. 5.2).

**8.4.2.** Im Bereich der Hilfsarbeiten werden invaliditätsfremde Gründe wie Alter, fehlende Schulbildung oder fehlende Dienstjahre kaum als Abzugsgründe berücksichtigt, weil solche Arbeiten unabhängig von diesen Persönlichkeitsmerkmalen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nachgefragt werden. Die Beschwerdeführerin bringt vor, aufgrund der Anforderungen an einen adaptierten Arbeitsplatz wie etwa wechselbelastende Tätigkeit ohne schweres Heben und Tragen, Bücken, Rotationsbewegungen der Wirbelsäule, Zwangspositionen, repetitive Tätigkeiten etc. sei ein Leidensabzug zu gewähren. Diese Punkte wurden jedoch bei der qualitativen Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter bereits berücksichtigt. Ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung bezieht sich auf eine diesen Anforderungen entsprechenden Tätigkeit. Ebenso sind beispielsweise die Kopfschmerzen und generalisierten Schmerzen am gesamten Körper sowie deren Auswirkungen wie etwa reduzierte Konzentration und Aufmerksamkeit schon in die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter eingeflossen, sodass deswegen kein Tabellenlohnabzug erfolgen kann. Andernfalls würden diese Aspekte doppelt, einmal im Rahmen der Begutachtung und einmal beim Einkommensvergleich, berücksichtigt. Schliesslich macht die Beschwerdeführerin ausführlich leidensbedingte Einschränkungen geltend, namentlich



Schmerzen, Schwäche im Arm mit Taubheitsgefühl, Morgensteifigkeit, Wetterfühligkeit, Weichteilschwellungen, Inkontinenz, Nausea, Scham und Frustration betreffend Übergewicht, Wutanfälle, Weinkrämpfe, Schwermütigkeit, Minderwertigkeitsgefühl, Hoffnungslosigkeit, Einzelgängertum. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin in der Beschwerdeantwort denn auch einen Tabellenlohnabzug von 10% zugestanden (act. G3, S. 4), was nicht zu beanstanden ist. Soweit die Beschwerdeführerin einen Tabellenlohnabzug fordert, weil sie nur noch in Teilzeit erwerbstätig sein kann, ist ihr entgegenzuhalten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine blosser Teilzeitarbeitsfähigkeit bei Frauen keinen Tabellenlohnabzug rechtfertigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2012, 9C\_315/2012, E. 3.2.3).

### 9.

Nach dem Gesagten ergibt sich ein Invaliditätsgrad von (gerundet) 40% (100% - [67% Arbeitsfähigkeit x 90%]). Die Beschwerdeführerin hat somit Anspruch auf eine Viertelsrente. Die medaffairs-Gutachter bescheinigen die um einen Drittel verminderte Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit ab August 2015 (IV-act. 167-31 und 167-107). Zu diesem Zeitpunkt war das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG bestanden, nachdem die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagermitarbeiterin gemäss Einschätzung der Gutachter ab Anfang 2013 vollständig arbeitsunfähig war (vgl. IV-act. 167-31). Gestützt auf das medaffairs-Gutachten ist der Rentenbeginn auf den 1. August 2015 festzusetzen (IV-act. 167-107).

### 10.

**10.1.** Im Ergebnis ist die Beschwerde somit teilweise gutzuheissen und der Beschwerdeführerin ist ab 1. August 2015 eine Viertelsrente zuzusprechen. Die Sache ist zur Berechnung und Ausrichtung der Rentenleistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

**10.2.** 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 angemessen. Hinsichtlich der Beschwerde gegen die Rentenverfügung gilt es zu beachten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zur Überklagung in sozialversicherungsrechtlichen Rentenfällen im vorliegenden Fall von einem Obsiegen der Beschwerdeführerin auszugehen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar



## St.Galler Gerichte

2016, 9C\_288/2015, E. 4.2). Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

**10.3.** Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat zwar eine Kostennote über Fr. 3'814.53 eingereicht. Der vorliegende Fall war jedoch weder aussergewöhnlich komplex noch war die Aktenlage besonders umfangreich. Eine durchschnittliche pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer, vgl. act. G11) erscheint daher als angemessen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 30. Mai 2018 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. August 2015 eine Viertelrente zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistungen wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

#### 2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

#### 3.

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