

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/103 vom 27. November 2021**

Sg Versicherungsgericht, 2021-11-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2020\\_103](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2020_103)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/103 du 27 novembre 2021

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/103 del 27 novembre 2021

## **Regeste**

Art. 4 Abs. 1 und 28 IVG, Art. 7 Abs. 2 und Art. 44 ATSG. Multiple Chemikaliensensitivität (MCS) ist kein invalidenversicherungsrechtlich anerkannter Gesundheitsschaden, welcher einen Rentenanspruch auslösen würde. Das polydisziplinäre Gutachten bleibt bei Ausklammerung der mit MCS begründeten Arbeitsunfähigkeit beweiskräftig. Dem psychiatrischen Gutachter steht naturgemäss ein Ermessensspielraum zu (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. November 2021, IV 2020/103).

## **Volltext**

Entscheid vom 27. November 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Corinne Schambeck (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Felicia Sterren Geschäftsnr. IV 2020/103 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt MLaw Michael Walder, Studer Zahner Anwälte AG, Hauptstrasse 11a, Postfach 2125, 8280 Kreuzlingen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 21. März 2008 wegen Fibromyalgie und multipler Chemikaliensensitivität (nachfolgend: MCS) erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 2). Mit Mitteilung vom 3. Dezember 2008 sprach die IV-Stelle ihr Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche zu (IV-act. 29). Am 21. Juli 2009 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Kosten für einen Fernkurs zur Ernährungsberatung im Rahmen der Frühintervention übernehme. Ein Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen bestehe nicht (IV-act. 49 f.). Am 4. Dezember 2009 informierte der damalige Hausarzt der Versicherten, Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, die IV-Stelle über eine Verschlechterung des Gesundheitszustands. Die Versicherte habe den Fernkurs deshalb abgebrochen. Daher müsse eine neue Lösung gefunden werden (IV-act. 51). Mit Schreiben vom 18. Dezember 2009 teilte die Versicherte mit, sie müsse den Kurs aus gesundheitlichen Gründen definitiv abbrechen. Sie betrachte die Frühintervention als abgeschlossen (IV-act. 54). Am 2. Februar 2017 stellte die Versicherte erneut ein Gesuch um Leistungen der Invalidenversicherung. Als gesundheitliche Beeinträchtigungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestierte ihr Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Bericht vom 2. Februar 2017 ein chronisches depressives Erschöpfungssyndrom, häufiges Fieber unbekannter Ursache und Verdacht auf multiple Allergien (IV-act. 61 f.). Am 18. Juli 2018 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie eine polydisziplinäre Begutachtung (Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie, Allgemeine Innere Medizin, Neuropsychologie) als nötig erachte. Mit der Begutachtung wurde die

medexperts AG beauftragt (vgl. IV-act. 113 ff.). Mit Gutachten vom 3. Dezember 2018 nannten die medexperts-Gutachter als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine nicht näher bezeichnete somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.9). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und zwanghaften Anteilen (ICD-10 F.73.1), anamnestisch ein chronisches diffuses muskuloskeletales Schmerzsyndrom (ICD-10 M79.0), episodische Kopfschmerzen vom Spannungstyp (ICD-10 G44.2), einen Nikotinkonsum, WPW-Syndrom, St.n. Herpes Zoster 1979 und aktenanamnestisch eine geringgradige Hypercholesterinämie (IV-act. 124-7 f.). Da die subjektiv vordergründige Diagnose MCS allergologisch-dermatologisch nie bestätigt worden sei, sei eine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht nicht möglich, zumal die Versicherte die subjektive volle Arbeitsunfähigkeit mit Beschwerden im Rahmen der MCS begründe. Gesamthaft sei aus interdisziplinärer allgemeininternistischer, rheumatologischer, neurologischer, neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 30 % angestammt und in adaptierten Tätigkeiten mit regelmässigen Pausen und optimaler Adaption des Arbeitsplatzes sowie ohne Arbeitsstress mit Kundenkontakt auszugehen. Aus somatischer Sicht seien körperlich überwiegend mittelschwere und schwere berufliche Tätigkeiten zu vermeiden (IV-act. 124-8). Mit Mitteilung vom 21. Dezember 2018 informierte die IV-Stelle die Versicherte, zusätzlich sei eine dermatologische Begutachtung bei der medexperts notwendig (IV-act. 131). Nachdem die Versicherte mitteilte, eine weitere Begutachtung würde für sie eine Tortur bedeuten und nachfragte, ob sie trotz ihrer MCS-Erkrankung verpflichtet sei, daran mitzuwirken (Schreiben vom 31. Dezember 2018, IV-act. 132), erliess die IV-Stelle am 21. Januar 2019 eine Zwischenverfügung und hielt an der ergänzenden Begutachtung fest (IV-act. 137). Der dermatologische Gutachter Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Dermatologie und Venerologie, diagnostizierte in seinem Gutachten vom 23. Mai 2019 namentlich MCS (ICD-10 T78). Die von der Versicherten geschilderten Symptome und Reaktionen nach Kontakt mit Chemikalien oder Exposition gegenüber verschiedenen chemischen Duftstoffen würden plausibel geschildert und korrelierten mit der in der Literatur beschriebenen Klinik der MCS. Eine medizinisch fundierte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne aus dermatologischer Sicht nicht abgegeben werden, da bei MCS keine objektiven Untersuchungsbefunde erhoben würden und die bestehenden Beschwerden nicht mit objektiven Messverfahren nachgewiesen werden könnten. Die Einschätzung einer vollen Arbeitsunfähigkeit der Versicherten in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als selbständige Immobilienmaklerin stütze sich auf die anamnestischen Angaben der Versicherten. Als adaptierte berufliche Tätigkeit komme eine Arbeit zuhause in Frage, welche auf einer telefonischen oder elektronischen Kommunikation basiere und kein Verlassen der Wohnung erfordere. Praktisch werde es schwierig sein, eine solche Stelle zu finden. Abgesehen von einer Vermeidung der anamnestisch auslösenden Stoffe würden aus dermatologischer Sicht keine bekannten Therapieoptionen bestehen. Die Diagnose MCS könne nicht mittels eines laborchemischen oder physikalischen Tests bestätigt oder ausgeschlossen werden (IV-act. 144-18 ff.). Mit Stellungnahme vom 3. Juli 2019 hielt die RAD-Ärztin E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, bei MCS handle es sich nicht um eine ICD-10-anerkannte Diagnose. Es könne nicht bewiesen werden, dass die Versicherte an MCS leide, weshalb gestützt auf das psychiatrische Teilgutachten von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (IV-act. 147). Mit Vorbescheid vom 29. Oktober 2019 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 152). Am 7. Januar 2020 erhob die Versicherte,

vertreten durch Rechtsanwalt Michael Walder, Einwand gegen den Vorbescheid (IV-act. 163). Mit Verfügung vom 22. April 2020 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, anlässlich der medexperts-Begutachtung hätten alle "nachweisbaren" Erkrankungen ausgeschlossen werden können. Nur die nicht nachweisbare Diagnose MCS, für welche die Gutachter sich lediglich auf die anamnestischen Angaben der Versicherten gestützt hätten, sei übriggeblieben. Bei MCS handle es sich nicht um eine ICD-10-anerkannte Diagnose. Die ICD-10-Codierung T78.4 (Allergie, nicht näher bezeichnet) sei lediglich eine Hilfsdiagnose. MCS werde mangels zuverlässiger medizinischer Feststellung eines Gesundheitsschadens nicht als organische Krankheit klassifiziert. Deshalb liege keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor. Die aktuell alle zwei Monate stattfindenden Telefonate mit Dr. C.\_\_\_\_ stellten keine ausreichende psychiatrische Behandlungsform dar. Es hätten sich etliche Auffälligkeiten ergeben. Dr. D.\_\_\_\_ verfüge über genügend Fachwissen, um eine angemessene Beurteilung vornehmen zu können. Eine allergologische Abklärung sei nicht zielführend, da keine Tests zur Verfügung stünden, welche die Diagnose MCS objektiv bestätigen oder ausschliessen könnten (IV-act. 165). Gegen diese Verfügung erhebt die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Michael Walder, am 20. Mai 2020 Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung vom 22. April 2020 sei aufzuheben und ihr seien die ihr zustehenden Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Sie bringt im Wesentlichen vor, dass MCS nicht unter die psychiatrischen Erkrankungen falle, aber unter dem ICD-10-Code T78.4 klassifiziert werde. Diese Diagnose werde in Deutschland anerkannt und zudem in verschiedenen bundesgerichtlichen und kantonalen Urteilen erwähnt. Die von der Beschwerdegegnerin erwähnte bundesrätliche Stellungnahme vom 14. Mai 2003 sei bezüglich ICD-10-Klassifikation nicht verbindlich und ohnehin überholt. Entscheidend seien die funktionellen Auswirkungen einer Störung. Für nicht objektivierbare Leiden aus dem psychiatrischen Formenkreis sowie für Neurasthenie oder Chronic Fatigue Syndrom sei das strukturierte Beweisverfahren anwendbar. Sie habe dargelegt, dass sie unter einem hohen Leidensdruck stehe und im gesamten Bereich ihres Lebens massiv eingeschränkt sei. Des Weiteren erachte sie das Gutachten für nicht beweistauglich. Es setze sich nicht mit den Vorakten, insbesondere der MCS-Erkrankung, auseinander und die Herleitung der Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei nicht nachvollziehbar. Ausserdem sei die aus der leichten neuropsychologischen Störung hergeleitete Arbeitsunfähigkeit nicht in die gesamtmedizinische Beurteilung eingeflossen. Im Gutachten wie auch in der RAD-Stellungnahme vom 3. Juli 2019 seien diverse falsche Tatsachenbehauptungen enthalten, welche sie – die Beschwerdeführerin – in ein falsches Licht rücken und aus welchen falsche Schlüsse gezogen würden. Die medexperts-Gutachter hätten trotz der bemängelten falschen Tatsachenbehauptungen die Glaubhaftigkeit und Konsistenz ihrer Angaben klar bejaht. Selbst wenn auf das psychiatrische medexperts-Gutachten abgestellt würde, würde sich in Anbetracht der gesamten Umstände ein Tabellenlohnabzug von 20 % rechtfertigen, sodass auch in diesem Fall Rentenleistungen geschuldet wären (act. G1). Mit Beschwerdeantwort vom 10. September 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führt sie im Wesentlichen aus, eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit könne nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung sei, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden

sei. Die Rechtsfolgevoraussetzung einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei überhaupt erst zu prüfen, wenn ein Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes vorliege. MCS sei nicht objektiv nachweisbar. Deshalb könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Vorliegen eines Gesundheitsschadens im Sinne des Gesetzes ausgegangen werden. Die Beschwerdeführerin trage die Nachteile der objektiven Beweislosigkeit. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin erfülle das psychiatrische medexperts-Teilgutachten die Voraussetzungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Der psychiatrische Gutachter habe zu sämtlichen Indikatoren Stellung genommen und zudem festgehalten, dass die Arbeitsfähigkeit von 70 % durch eine Intensivierung der Psychotherapie weiter erhöht werden könne. Der aktuell telefonische Kontakt stelle keine ausreichende psychiatrische Therapie dar. Es bestehe demnach kein Grund, vom psychiatrischen Teilgutachten abzuweichen (act. G4). Mit Replik vom 14. Oktober 2020 macht die Beschwerdeführerin geltend, entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin könne ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht alleine aus dem Grund verneint werden, dass dieser auf die anamnestischen Angaben der versicherten Person abstelle. Glaubhafte anamnestische Angaben seien gerade häufig (einzige) Basis für eine Diagnosestellung bei nicht objektivierbaren Krankheitsbildern. Die Beschwerdeführerin habe im Vorfeld zu den gutachterlichen Untersuchungen alle Auslöser gemieden, um die Termine in "unbelastetem" Zustand antreten zu können. Aus diesem Grund habe sie die Untersuchungstermine ohne starke körperliche Reaktionen überstehen können. Einzig anlässlich der neuropsychologischen Begutachtung sei es gegen den Schluss zu Schwindel, zunehmendem Brennen der Schleimhäute, Schmerzen und Müdigkeit gekommen (act. G6). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G8). Auf die Vorbringen der Verfahrensbeteiligten zur Begründung ihrer Anträge sowie die Akten wird, soweit für den Entscheid relevant, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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. Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Das Gericht hat seinen

Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). 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 256 E. 4). 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). Auf ein im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholtes Gutachten ist rechtsprechungsgemäss abzustellen, wenn nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, BGE 135 V 466 E. 4.4; Urteile des Bundesgerichts vom 15. Juli 2020, 8C\_335/2020, E. 4.1, und vom 13. Februar 2019, 8C\_801/2018, E. 4.3). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entspricht es einer Erfahrungstatsache, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2021, 9C\_683/2020, E. 5.1.2, mit Hinweisen). Dasselbe hat auch für Spezialärzte zu gelten, die einen Patienten über einen längeren Zeitraum regelmässig behandeln (Urteil des Bundesgerichts vom 1. Mai 2006, I 854/05, E. 3.3.1 mit Hinweis). Dabei handelt es sich um eine Richtlinie, die als solche mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) vereinbar ist. Bei der Abschätzung des Beweiswertes im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte beachtet werden. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichts vom 17. Februar 2021, 8C\_783/2020, E. 5.2, und vom 27. Mai 2008, 9C\_24/2008, E. 2.3.2 mit Hinweisen). Zudem ist auch dem Umstand, dass die ärztliche Beurteilung von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge trägt, Rechnung zu tragen (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Januar 2019, 9C\_804/2018, E. 2.2 mit Hinweisen). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierte Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus. Die Diagnose ist nicht primär entscheidend, jedoch ist die Überprüfbarkeit der medizinischen Angaben aufgrund einer allgemein anerkannten Terminologie (z.B. der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und

verwandter Gesundheitsprobleme [ICD-10] der World Health Organization [WHO]) als notwendig zu erachten. Massgebend ist nach Art. 7 Abs. 2 ATSG eine objektivierte Betrachtungsweise, während es auf das subjektive Empfinden der versicherten Person nicht ankommen kann. Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen sind, auch wenn sie ärztlicherseits unterstützt werden, nicht vorbehaltlos als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen. Sachverständige haben die Diagnose so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 141 V 281 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C\_1/2016, E. 4.2 f.; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4., vollständig überarbeitete Auflage, Bern 2014, S. 97). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken. Die Rechtsfolgevoraussetzung einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ist erst zu prüfen, wenn ein Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG gegeben ist (vgl. BGE 143 V 418 E. 6 und BGE 130 V 396 E. 5.3.2). Für die Beurteilung des Leistungsanspruchs bleibt entscheidend, ob es gelingt, auf objektivierter Grundlage den Nachweis einer rechtlich bedeutsamen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei analog zur allgemeinen Beweislastregel von Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) die versicherte Person die Folgen zu tragen hat, wenn sich dieser Nachweis nicht erbringen lässt (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Dezember 2018, 8C\_154/2018, E. 4.2.2 mit Hinweisen). Demnach obliegt es bei erstmaliger Rentenprüfung der versicherten Person, die invalidisierenden Folgen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C\_1/2016, E. 2.2). Den medizinischen Experten kommt eine entscheidende Rolle zu. Diese haben im Einzelnen zu begründen und mittels ihrer Feststellungen und Einschätzungen zu Leidensdruck, psychischen Ressourcen oder funktionellen Defiziten darzulegen, in welchem Ausmass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, oder aber festzuhalten, dass die Beantwortung dieser Frage trotz Ausschöpfung aller Möglichkeiten fachgerechter Exploration nicht oder nicht sicher genug möglich ist. Bleiben die Auswirkungen eines objektivierbaren wie auch eines nicht (bildgebend) fassbaren Leidens auf die Arbeitsfähigkeit trotz in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes sorgfältig durchgeführter Abklärungen vage und unbestimmt, ist der Beweis für die Anspruchsgrundlage nicht geleistet und nicht zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C\_1/2016, E. 2.2). Die Diagnostik für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) und psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen ist dem direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit in der Regel mangels objektivierbarem Substrat nicht zugänglich. Dieser Beweis ist indirekt, behelfsweise, in einem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweislustige versicherte Person zu tragen. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich

bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen sind (vgl. dazu BGE 143 V 418 E. 7.1 f.; BGE 141 V 281 E. 3.5, E. 4.2 und E. 6). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 418, E. 6 a.E.). Die Beschwerdegegnerin hat zur Klärung des medizinischen Sachverhalts ein umfassendes Gutachten bei der medexperts in Auftrag gegeben. Dabei wurde die Beschwerdeführerin internistisch, rheumatologisch, neurologisch, dermatologisch, psychiatrisch und neuropsychologisch abgeklärt. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine nicht näher bezeichnete somatoforme Schmerzstörung und MCS erhoben, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden fachärztlich akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und zwanghaften Anteilen, anamnestisch ein chronisches diffuses muskuloskeletales Schmerzsyndrom, episodische Kopfschmerzen vom Spannungstyp, ein Nikotinkonsum, ein WPW-Syndrom, St.n. Herpes Zoster 1979 und aktenanamnestisch eine geringgradige Hypercholesterinämie diagnostiziert. Betreffend MCS weist der dermatologische Gutachter darauf hin, die Diagnose eines MCS könne aus dermatologischer Sicht nicht mit Hilfe eines laborchemischen oder physikalischen Tests bestätigt oder ausgeschlossen werden. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Symptome und Reaktionen nach Exposition gegenüber verschiedenen chemischen Duftstoffen oder den Kontakt mit Chemikalien werde aus dermatologischer Sicht plausibel geschildert und korreliere mit der in der Literatur beschriebenen Klinik des MCS. Eine medizinisch fundierte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne aus dermatologischer Sicht nicht abgegeben werden, da bei einem MCS keine objektiven Untersuchungsbefunde erhoben und auch die bestehenden Beschwerden nicht mit objektiven Messverfahren nachgewiesen werden könnten. Das medexperts-Gutachten wurde in Kenntnis der vollständigen Akten und der erhobenen Anamnese erstellt. Es beruht auf interdisziplinären fachärztlichen Untersuchungen und setzt sich mit den Schilderungen der Beschwerdeführerin auseinander. Es ist für die vorliegend streitigen Belange umfassend und in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der daraus gezogenen Schlussfolgerungen einleuchtend. Weder aus den Ausführungen der Beschwerdeführerin noch aus den übrigen Akten ergeben sich objektiv relevante Gesichtspunkte, welche die Gutachter ausser Acht gelassen haben. Es entspricht demnach den Anforderungen der Rechtsprechung und es kann darauf abgestellt werden (betreffend psychiatrische Einschätzung siehe E. 7 nachfolgend). Mit den Parteien ist einig zu gehen, dass weitere Abklärungen hinsichtlich MCS nicht zielführend wären, da bis anhin kein laborchemischer oder physikalischer Test, welcher die Diagnose MCS objektiv unterstützen könnte, besteht (vgl. dermatologisches Gutachten, IV-act. 144-17). Zwischen den Parteien ist in erster Linie streitig und nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin gestützt auf die Diagnose MCS bzw. die von ihr im Zusammenhang damit geltend gemachten gesundheitlichen Beschwerden sowie Einschränkungen im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. MCS ist gemäss der Definition von Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, die Bezeichnung für rezidivierende Symptome mehrerer Organsysteme, bei denen ein Zusammenhang zu Umweltnoxen angenommen wird, deren tatsächliche Ursache und/oder Pathogenese aber unklar ist. Betroffene geben an, auf unterschiedliche alltägliche und geringgradige Fremdstoffeinflüsse (z.B. Chemikalien aus Holz, Fussböden, Lacken, Farben, Papier,

Reinigungsmitteln, Lösungsmitteln, Kosmetika, Duftstoffen, Metallen oder Treibstoffen) mit unspezifischen Symptomen oft im Bereich mehrerer Organsysteme (u.a. Übelkeit, Kreislaufstörungen, vorzeitige Ermüdung, allergischen Symptomen wie Asthma, Pollinosis und Hautausschläge) zu reagieren. Emotionale Begleiterscheinungen wie innere Unruhe, Reizbarkeit, Angst- und Panikanfälle sowie Störungen der Konzentration und Merkfähigkeit, Verlust der Rechts-Links-Unterscheidung und Beeinträchtigungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit können hinzutreten. Klinische Untersuchungen und allergologische Tests bleiben meist ohne Befund (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch online, [www.pschyrembel.de](http://www.pschyrembel.de), abgerufen am 29. September 2021). Kernsymptome, die eindeutig MCS zuzuordnen sind, gibt es nicht. Ebenso wenig ist ein einheitliches charakteristisches Beschwerdebild vorhanden, welches eine klare Abgrenzung gegenüber anderen gesundheitlichen Störungen ermöglicht. Auch für die immer wieder vermutete besondere genetische Disposition der MCS-Betroffenen gibt es keine wissenschaftlich fundierten Nachweise. Eine diagnostisch verwertbare Häufung bestimmter Genvarianten konnte in einer Studie aus dem Jahr 2005 nicht festgestellt werden. Die in der Fachliteratur vorgeschlagenen Kriterien für die Diagnostik variieren in verschiedenen Punkten und lassen in der praktischen Anwendung einen beträchtlichen Ermessensspielraum zu. Bislang existieren keine allgemein akzeptierten diagnostischen Tests hinsichtlich physiologischer oder biochemischer Parameter, die mit den angegebenen Symptomen korrelieren. Das Vorliegen von MCS wird in Ermangelung objektiver Parameter überwiegend aufgrund diverser Symptome vermutet. Die Diagnose MCS erfolgt nach dem Prinzip der Ausschlussdiagnostik. Zu prüfen sind jeweils auch verschiedene psychische Erkrankungen (etwa Angststörungen/Depression), funktionelle Syndrome (z.B. Reizdarm-/Fibromyalgiesyndrom) und somatische Gesundheitseinschränkungen (namentlich Asthma/Allergien). Bei Patienten mit umweltbezogenen Beschwerden können oftmals psychosomatische bzw. psychiatrische Erkrankungen diagnostiziert werden. Ob MCS durch eine somatisch, psychiatrische oder psychosomatische Störung verursacht wird, ist unklar (vgl. IV-act. 16-12; Dtsch. Arztebl 2002; 99: A 2474-2483 [Heft 38]; Webpage der deutschen Gesellschaft Multiple-Chemical-Sensitivity e.V., DGMCS, abgerufen am 29. September 2021, [www.dgmcs.de/](http://www.dgmcs.de/) unter: MCS-Fallkriterien, und News/Science, u.a. mit Hinweis auf J. Brockmöller, Untersuchungen zur Suszeptibilität bei MCS, Berlin 2005; M. Otto/S. Höppner, Multiple Chemical Sensitivity [MCS, sMCS, IEI] mit Hinweisen auf Fachliteratur, online publiziert unter [www.allum.de/krankheiten](http://www.allum.de/krankheiten), abgerufen am 29. September 2021; S. Rossi/A. Pitidis, Multiple Chemical Sensitivity, Review of the State of the Art in Epidemiology, Diagnosis, and Future Perspectives, in: Journal of Occupational and Environmental Medicine, Bd. 60/2, 2018, S. 138 ff., online abgerufen am 29. September 2021 unter [https://journals.lww.com/joem/Fulltext/2018/02000/Multiple\\_Chemical\\_Sensitivity\\_\\_Review\\_of\\_the\\_State.5.aspx](https://journals.lww.com/joem/Fulltext/2018/02000/Multiple_Chemical_Sensitivity__Review_of_the_State.5.aspx)). Einige Staaten (z.B. Deutschland und Österreich) kennen für MCS einen nationalen Diagnose-Code, andere (z.B. Finnland und Italien) nicht (vgl. hierzu Parliamentary Questions for written answer E-005624/2011 und E-011169/2011, Subjects: Future of patients suffering from multiple chemical sensitivity syndrome und Diagnosis code for Multiple Chemical Sensitivity, an das Europaparlament vom 11. Juni 2011 und vom 30. November 2011). In Deutschland wird MCS behelfsweise unter die ICD-10-Codierung T78.4 gefasst (Allergie, nicht näher bezeichnet, genauer noch: "Überempfindlichkeit o.n.A."). Diese Zuordnung wird sowohl von Umweltmedizinerinnen als auch von MCS-Selbsthilfeverbänden als unglücklich empfunden. Obwohl dies von Betroffenenverbänden meist so interpretiert wird, bedeutet

die Erwähnung von MCS im ICD-10-Diagnosenthesaurus (ICD-10 German Modification [nachfolgend: ICD-10-GM]) nicht, dass MCS eine Anerkennung als durch Umwelttoxene bedingte Krankheit erfahren hat. Daraus, dass sonstige Allergien ebenfalls mit der Kennung T78.4 zu verschlüsseln sind, kann nicht geschlossen werden, bei MCS handle es sich um eine Allergie oder Allergien gehörten zu MCS. Dabei handelt es sich mithin um eine ungenaue, wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Diagnose aus dem nicht-psychiatrischen Bereich. Das Fehlen eines Pathomechanismus macht eine Behandlung schwierig. Da keine wissenschaftlichen Wirkungsnachweise für eine bestimmte Therapieform vorliegen, erfolgt die Therapie vorwiegend bewältigungsorientiert. Eine stützende psychiatrische oder psychologische Behandlung wird unabhängig vom Krankheitskonzept als sinnvoll erachtet, wenn sie die Vermittlung von Bewältigungsstrategien zum Ziel hat. Teilweise wird Vermeidung der Auslöser empfohlen. Die Vermeidung als Therapieform wird teilweise aber auch kritisch als unterhaltendes und verstärkendes Element der Beschwerden angesehen (vgl. Dtsch. Arztebl 2002; 99: A 2474-2483 [Heft 38]; Webpage der deutschen Gesellschaft Multiple-Chemical-Sensitivity e.V., DGMCS, abgerufen am 29. September 2021, [www.dgmcs.de](http://www.dgmcs.de) unter: MCS-Fallkriterien; M. Otto/S. Höppner, Multiple Chemical Sensitivity [MCS, sMCS, IEI] mit Hinweisen auf Fachliteratur, online publiziert unter [www.allum.de/krankheiten](http://www.allum.de/krankheiten), abgerufen am 29. September 2021). Aufgrund einer Interpellation äusserte sich der Bundesrat im Jahre 2003 zu MCS. Er hielt fest, Umweltbelastungen könnten auf vielfältige Weise die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinträchtigen. Neben klar definierbaren Umweltkrankheiten wie Allergien würden auch diffuse Krankheitsbilder wie MCS mit Umweltbelastungen in Verbindung gebracht. Für die Anerkennung als organische Krankheit seien weitere hinreichend belegte und reproduzierbare wissenschaftliche Studien betreffend MCS unabdingbar. Diese erst würden es erlauben, MCS als organische Krankheit zu klassifizieren und in die ICD-10 aufzunehmen (Interpellation 03.3092, Umweltkrankheit Multiple Chemical Sensitivity, Einreichungsdatum: 19. März 2003). Wie sich aus den voranstehenden Ausführungen ergibt, ist MCS auf internationaler Ebene ebenso wenig einem ICD-10-Code zugeordnet wie in der Schweiz. Dass sie in einigen Staaten unter einen solchen gefasst wird (T78.4 ICD-10-GM), vermag daran nichts zu ändern. Daran hat die bundesrätliche Antwort auf die Interpellation 03.3092 keinen Zweifel gelassen (vgl. E. 3.4 vorstehend). Auch wenn seither mehr als 18 Jahre vergangen sind, sind die vom Bundesrat genannten Voraussetzungen für die Klassifikation als organische Krankheit und damit einer entsprechenden Aufnahme in die ICD-10 als somatische Erkrankung noch immer nicht erfüllt. Der Bundesrat hat sich seither nicht für eine Anpassung der Voraussetzungen bzw. eine Aufnahme von MCS in ein allgemein anerkanntes Klassifikationssystem ausgesprochen. Seine Antwort auf die Interpellation 03.3092 hat daher nach wie vor Gültigkeit. Indem der dermatologische Gutachter bei der Beschwerdeführerin eine MCS diagnostizierte, stellte er somit keine Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem (vgl. E. 1.7 vorstehend). Daran ändert nichts, dass die medexperts-Gutachter die ICD-10-Codierung T78 erwähnt haben (vgl. IV-act. 124-49 und 144-19). Sie nahmen damit lediglich Bezug auf die Vorakten (wo MCS diesem Diagnose-Code zugeordnet wurde) und die Angaben der Beschwerdeführerin, welche MCS namentlich gestützt auf deutsche Literatur diesem Diagnose-Code unterstellt und die Gutachtenspersonen anlässlich der persönlichen Begutachtung wie auch schriftlich ausführlich über MCS informierte (vgl. beispielhaft IV-act. 124-7, 124-32 und 125-11 ff.). Der psychiatrische Gutachter hielt denn auch ausdrücklich fest, die geschilderte Erkrankung

MCS sei nicht vom ICD-10 in ihrer geschilderten Form anerkannt (IV-act. 124-37). Wie bereits dargelegt enthält die Codierung T78 den Begriff MCS nicht. Dass MCS nicht explizit als Diagnose in der ICD-10 klassifiziert ist, kann auch nicht als blosses Versehen angesehen, sondern muss als bewusste Entscheidung der Herausgeber gewertet werden. Denn MCS ist den entsprechenden Stellen durchaus bekannt, zumal immer wieder Versuche von MCS-Betroffenen oder deren Interessenvertretern unternommen wurden, MCS als eigenständiges Krankheitsbild anerkennen zu lassen (vgl. beispielhaft die obenerwähnten Eingaben an das Europaparlament und den Bundesrat, E. 3.4 f. vorstehend; vgl. zudem diverse Vorschlagsformulare, insbesondere die Gesamtliste der ICD-10-GM-Vorschläge 2019, mit denen u.a. beantragt wird, MCS unter ICD-10.T78.5 als eigenständige Diagnose aufzunehmen, abrufbar unter [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) unter: Klassifikationen/Downloads/ICD-10-GM/Vorschläge/2019, abgerufen am 4. Oktober 2021). Dies ist umso bemerkenswerter, als in der ICD-10 unter den Z-Diagnosen sogar Faktoren, welche den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, aber keine Krankheiten bzw. invalidisierenden Gesundheitsschäden darstellen, klassifiziert werden können (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. November 2019, 9C\_542/2019, E. 3.2). Gegen die Aufnahme von MCS in die gängigen Klassifikationssysteme wie etwa ICD-10 spricht, dass nach wie vor ausschliesslich das Erleben der Betroffenen, also ihr subjektives Empfinden, für die Diagnose ausschlaggebend ist. Körperliche Untersuchungsbefunde sind in der Regel unauffällig, sodass sich die Diagnose nicht objektivieren lässt (vgl. Schulze-Robbecke et al., *Interdisciplinary clinical assessment of patients with illness attributed to environmental factors*, Zentralblatt für Hygiene und Umweltmedizin 202 [1999], S. 173). Es wird nicht in Abrede gestellt, dass die Beschwerdeführerin gemäss den Akten ihr Leben umgestellt bzw. an die Unverträglichkeiten angepasst hat. Im vorliegenden Verfahren geht es jedoch einzig darum abzugrenzen, ob eine Krankheit IV-rechtlich versichert ist oder nicht. Nach dem vorstehend Gesagten stellt die Diagnose MCS keinen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden dar, da sie nicht gestützt auf ein wissenschaftlich anerkanntes Klassifikationssystem gestellt werden kann (vgl. hierzu E. 1.7 vorstehend). Die Beschwerdeführerin zitiert verschiedene Gerichtsentscheide, aus denen sie ableitet, MCS werde in der Schweizer Rechtsprechung selbstredend als Gesundheitsschaden im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne anerkannt. Sie bezieht sich unter anderem auf ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts und macht sinngemäss geltend, in jenem Entscheid sei MCS als invalidisierende Erkrankung gewertet worden. In jenem Fall vermutete die beschwerdeführende Person bei sich MCS und gab gegenüber den Gutachtern an, nicht mehr aus dem Haus zu gehen und sich dort entsprechend eingerichtet zu haben. Eine Untersuchung auf die Diagnosekriterien von MCS oder ein Ausschluss derselben war jedoch nicht aktenkundig. Das Bundesverwaltungsgericht hielt deshalb fest, den Akten liesse sich nicht entnehmen, gegen welche Chemikalien allenfalls eine Sensitivität vorliege, ob bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit eine Konfrontation mit diesen zu erwarten wäre und welche funktionellen Einschränkungen daraus folgen würden. Es könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass die berichteten Beschwerden nicht mindestens teilweise auf einer chronischen Intoxikation, die bisher nie eingehend untersucht worden sei, beruhen würden. Auch bleibe unbeantwortet, ob eine MCS vorliege und welche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit daraus zu gewärtigen seien. Der Sachverhalt sei vorinstanzlich namentlich in Bezug auf eine allfällige Intoxikation und Chemikaliensensitivität nicht vollständig erhoben worden (Urteil des

Bundesverwaltungsgerichts vom 11. Januar 2017, C-4329/2014, E. 8.3, 8.4 und 10.1). Das Bundesverwaltungsgericht bemängelte in jenem Entscheid demnach in erster Linie eine unvollständige Abklärung des Sachverhaltes und damit eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes und wies die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen zurück. Nebst einer allfälligen MCS standen auch Abklärungen über mögliche Intoxikationen und Allergien im Raum. Zudem ging das Bundesverwaltungsgericht davon aus, MCS könne medizinisch einwandfrei nachgewiesen werden, was unstreitig nicht der Fall ist. Aus diesem Entscheid kann die Beschwerdeführerin deshalb nichts zu ihren Gunsten ableiten. Zwei von der Beschwerdeführerin ebenfalls herangezogenen Entscheide des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich betrafen dieselbe versicherte Person. Im ersten Entscheid wurde der Fall an die Vorinstanz zurückgewiesen, weil der Sachverhalt nach der Aktenlage und bei Verdacht auf eine schwere Depression ungenügend abgeklärt worden sei (Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 30. November 2005, IV.2004.00741, E. 4.5). Im zweiten Entscheid wurde die Diagnose MCS von den Gutachtern nicht bestätigt, ebenso wenig die Diagnose einer schweren Depression. Hingegen wurden multiple Allergien festgestellt, welche jedoch lediglich ins Adaptionsprofil einfließen und keine Arbeitsunfähigkeit begründeten (Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 31. August 2009, IV.2007.01123, E. 3.4). Die Beschwerdeführerin kann deshalb aus diesen Entscheiden nicht schlussfolgern, MCS werde als invalidisierende Diagnose in der Rechtsprechung anerkannt. In einem weiteren von der Beschwerdeführerin angeführten Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 31. August 2012, IV.2011.00850, E. 3.2, wurde MCS lediglich erwähnt, weil sie gemäss den begutachtenden Arztpersonen in jenem Fall wie Chronic Fatigue Syndrom (CFS) oder Fibromyalgie im weitesten Sinne zum Formenkreis der Psychosomaten bzw. der Krankheiten ohne objektivierbares Korrelat gehöre (Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 31. August 2012, IV.2011.00850, E. 3.2). MCS wurde in jenem Entscheid aber nicht als eine Krankheit mit invalidisierender Wirkung gerichtlich anerkannt. Im Gegensatz zu MCS sind sowohl CFS wie auch Fibromyalgie ausdrücklich ICD-10-klassifiziert (G93.3 und M79.7; CFS wurde gestützt auf von der Fatigue-Coalition definierte Diagnosekriterien analog zu ICD-10-Kriterien schon als eigenständiges Krankheitsbild eingestuft, bevor es eine ICD-10-Klassifizierung erhielt, vgl. BGE 139 V 346 E. 3.4). Die Beschwerdeführerin verweist auf Urteile des Bundesgerichts, in welchen die Beschwerden aus MCS anerkannt worden seien. In einem Entscheid wurde im Zusammenhang mit einem beantragten Tabellenlohnabzug lediglich festgehalten, dass die Gutachterin die mit der "behaupteten Chemikalienunverträglichkeit" zusammenhängenden geklagten Beschwerden berücksichtigt habe und darauf hingewiesen habe, dieses Leiden könne "wahlweise" u.a. als "multiple chemical sensitivity syndrome (...) oder als Neurasthenie bezeichnet" werden. (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Mai 2012, 9C\_206/2012, E. 3.4.2). Die begutachtende Facharztperson hat die Diagnose MCS demnach gerade nicht als solche bestätigt, geschweige denn objektiviert. Der beschwerdeführenden Person wurde noch nicht einmal der von ihr wegen der MCS-Symptomatik beantragte Tabellenlohnabzug gewährt und die Beschwerde wurde abgewiesen. In einem anderen Entscheid hat das Bundesgericht eine schadstoffarme Diät, welche ärztlicherseits aufgrund von Nahrungsmittelallergien als geboten angesehen wurde, anerkannt und der beschwerdeführenden Person für die Diät einen Betrag von Fr. 2'100.-- jährlich zugesprochen (Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2008, 8C\_346/2007, E. 4 f.). In jenem Fall sah das Gericht jedoch Nahrungsmittelallergien als erwiesen an. Vorliegend

macht die Beschwerdeführerin gestützt auf einen nicht mehr vorhandenen, in den frühen Akten jedoch noch erwähnten Allergietest vom 1. März 1994 geltend, sie leide an folgenden Unverträglichkeiten: Fruchtsäure, Sorbit (D-Sorbitol), Glucose, Acetylsalicylsäure (vgl. IV-act. 15-4, 35-2, 76-1 und 161-23). Diese Unverträglichkeiten sind in den Akten weder ausgewiesen noch begründen sie eine Arbeitsunfähigkeit. Sie würden lediglich eine – von der Beschwerdeführerin im Rahmen ihres Krankheitskonzepts ohnehin schon vorgenommene – Anpassung der Ernährung und eine entsprechende Beachtung bei medikamentösen Behandlungen erfordern. Zwar macht die Beschwerdeführerin geltend, sie leide gemäss einer Abklärung bei Dr. F.\_\_\_\_, G.\_\_\_\_, auch an einer Allergie auf Beifussgewächse und die Inhaltsstoffen Linalool, Terpene, Kampfer, Limonen, Thujol etc. Entsprechende Unterlagen konnte sie aber nicht beibringen (vgl. IV-act. 161-23 und 161-45). Weder ihr früherer Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ noch ihre neue Hausärztin scheinen sodann über einen entsprechenden Bericht zu verfügen. Diese Behauptung der Beschwerdeführerin kann demnach nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als erstellt betrachtet werden. Selbst bei Nachweis entsprechender Allergien könnte nicht zwingend eine Arbeitsunfähigkeit daraus abgeleitet werden. Entscheidend wäre, wie stark eine allergische Reaktion ausfallen würde und ob der Kontakt mit den Auslösern vermieden bzw. eine allergische Reaktion abgewendet werden könnte. Unter Bezugnahme auf einen Bundesgerichtsentscheid macht die Beschwerdeführerin geltend, entscheidend sei letztlich die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung. In jenem Entscheid wird ausgeführt, ob es sich um eine Auffang- oder Hilfsdiagnose handle, sei irrelevant. In Sonderfällen – wenn eine manifeste Beeinträchtigung vorliege, für die nach dem aktuellen pathologischen Wissensstand keine Diagnosestellung möglich sei – seien Ausnahmen von der Diagnosestellung anhand einer anerkannten Klassifikation denkbar (BGE 130 V 396 E. 6.3 in fine). MCS ist weder in der Klassifikation der ICD-10 noch in einer anderen in der Schweiz anerkannten Klassifikation explizit enthalten. Sie ist einer zuverlässigen medizinischen Feststellung und Überprüfung nicht zugänglich und kann auch keiner der offen gefassten Auffangdiagnose nach ICD-10 zugeordnet werden. Einen Grund, MCS als Ausnahme von der Diagnosestellung anhand einer anerkannten Klassifikation zu behandeln, ist bei unklarer Pathogenese und fehlender Zuordnung zu einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten nicht ersichtlich. Kann kein Gesundheitsschaden im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne (vgl. E. 1.7 vorstehend) festgestellt werden, so geht es nicht an, funktionelle Auswirkungen zu prüfen. Vielmehr muss zuerst ein Gesundheitsschaden festgestellt werden. Erst wenn dieser medizinisch ausgewiesen ist, tritt die Diagnose in den Hintergrund und erlangen die funktionellen Auswirkungen Bedeutung. Die Beschwerdeführerin kann demnach aus dem erwähnten Bundesgerichtsentscheid nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die Beschwerdeführerin verweist unter anderem auf ein Merkblatt von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt Dermatologie, des Deutschen Berufsverbandes Klinische Umweltmediziner e.V. betreffend MCS (abrufbar unter [www.dbu-online.de](http://www.dbu-online.de) , Umweltmedizin/Patienteninformationen, abgerufen am 4. Oktober 2021). Bezugnehmend auf eine Studie am Robert Koch-Institut (Eis et al., Multizentrische MCS-Studie: Untersuchungen zur Aufklärung der Ursachen des MCS-Syndroms [Multiple Chemikalienüberempfindlichkeit] bzw. des IEI [Idiopathische umweltbezogene Unverträglichkeiten] unter besonderer Berücksichtigung des Beitrages von Umweltchemikalien, Berlin 2002, online abrufbar unter <https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/publikation/long/2231.pdf> ,

abgerufen am 4. Oktober 2021) wird MCS in diesem Merkblatt zu den schwersten bekannten Krankheiten gezählt. Es gebe keine Arbeitsplatzbedingungen, die den Ansprüchen von MCS-Patientinnen gerecht werden könnten. Dies habe zur Konsequenz, dass selbst leichte Formen von MCS wenigstens mit einem Grad der Behinderung von 50 % einzustufen seien, besonders schwere Verläufe mit einem solchen von bis zu 100 %. In der erwähnten Studie von Eis et al. finden sich jedoch keine entsprechenden konkreten Ausführungen betreffend Behinderungsgrad. Vielmehr wird darin zusammenfassend festgehalten, dass es scheinbar nicht gelinge, bei dem so wenig verstandenen und allenfalls auf einer phänomenologischen Ebene beschreibbaren MCS-Beschwerdekomplex, für den nur relativ unbestimmte Fallkriterien angegeben werden könnten, eine von Beurteiler zu Beurteiler (universitäre umweltmedizinische Zentren Aachen, Berlin, Freiburg, Giessen und München sowie Umweltklinik Bredstedt) hinreichend übereinstimmende diagnostische Einschätzung herbeizuführen. An dieser Situation würde auch der Versuch einer Präzisierung der Fallkriterien wenig ändern, da hierfür die theoretische ebenso wie die empirische Basis nicht in der erforderlichen Weise vorhanden sei (vgl. Eis et al., a.a.O., S. 318). Auf die Angaben des von der Beschwerdeführerin zitierten Merkblatts kann deshalb nicht abgestellt werden, soweit darin ein Grad der Behinderung für MCS-Betroffene vorgegeben wird. Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass die Diagnose MCS wie auch die Auswirkungen, welche MCS zugeordnet werden, entgegen den Behauptungen der Beschwerdeführerin von der Rechtsprechung nicht als invalidisierend anerkannt werden. Sie sind daher bei der Beurteilung der Frage, ob bei der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit vorliegt, ausser Acht zu lassen. Nichts anderes ergibt sich auch aus dem umfassenden medexperts-Gutachten, in welchem der dermatologische Gutachter zum Schluss kam, dass er keine medizinisch fundierte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgeben könne. Die Beschwerdeführerin macht geltend, schon die Arbeitsfähigkeitsschätzung des dermatologischen Gutachters stimme nicht. Aufgrund ihrer massiven Einschränkungen im Alltag, welche erhebliche Ressourcen benötigten, sei eine hohe Einbusse der Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Ohnehin sei ihre Arbeitsfähigkeit nur in so eingeschränkter Form gegeben (kein Kontakt mit MCS-Auslösern), dass sie gar nicht mehr verwertbar sei. Dem kann indes nicht gefolgt werden. Wie vorstehend ausführlich dargelegt, kann MCS vorliegend nicht als Gesundheitsschaden berücksichtigt werden. Folglich können auch die damit verbundenen geltend gemachten Einschränkungen bei der Schätzung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nicht berücksichtigt werden. Dass der RAD in seiner Stellungnahme vom 14. September 2017 von einer tieferen Arbeitsfähigkeit ausging (IV-act. 89-3), vermag daran nichts zu ändern, denn nachdem in der Folge ein polydisziplinäres Gutachten erstellt wurde (IV-act. 124 und 144), ist auf dieses abzustellen (vgl. E. 1.6 vorstehend). Im Übrigen lassen sich die Leiden der Beschwerdeführerin auch sonst nicht objektivieren. Zwar beruft die Beschwerdeführerin sich darauf, sie habe einen Defekt des "Entgiftungs-Gens". Ein Zusammenhang mit MCS werde allgemein angenommen (act. G1, S. 9 f.). Sie verweist diesbezüglich auf Pschyrembel und Dr. J. \_\_\_ Bericht vom 4. Juni 2012 (IV-act. 80). In der Definition nach Pschyrembel wird ein Entgiftungs-gen indes nicht erwähnt. Dr. J. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 4. Juni 2012 fest, die Diagnose MCS basiere auf anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin. Leider gebe es keine labor-chemischen Parameter, welche eindeutig einer MCS zuzuordnen seien. Er habe eine Mutation im Entgiftungs-Gen (Glutathion-S-Transferase M1) festgestellt, sodass das Entgiftungssystem der Beschwerdeführerin in starkem Masse in seiner Effizienz beeinträchtigt sei. Allerdings

beziehe sich diese Mutation nicht ausschliesslich auf MCS-Erkrankte (IV-act. 80-2). Dr. J. \_\_\_ hat demnach nicht behauptet, von der festgestellten Mutation könne auf MCS geschlossen werden (vgl. hierzu auch E. 3.3 vorstehend). Der dermatologische medexperts-Gutachter stützte sich für seine Diagnosestellung ausschliesslich auf anamnestische Angaben der Beschwerdeführerin. Dass er wie auch die anderen medexperts-Gutachter die Schilderungen der Beschwerdeführerin als glaubwürdig bezeichnete, vermag daran nichts zu ändern. Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden wurden von den Gutachtenspersonen nicht beobachtet. Insbesondere zeigte die Beschwerdeführerin keine entsprechende Symptomatik anlässlich der Begutachtungen. Beispielsweise äusserte die Beschwerdeführerin gegenüber dem rheumatologischen Gutachter, es rieche im Untersuchungsraum sehr stark und sie müsse flüchten oder ans offene Fenster stehen, wenn sie nach 10 bis 15 Minuten Herzrhythmusstörungen kriegen würde. In der Folge zeigte sie weder ein Schmerz- oder Schonverhalten noch eine allergische Reaktion und die Begutachtung konnte ohne Unterbrechung durchgeführt werden. Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung gab die Beschwerdeführerin an, sie sei durch ein Parfum einer Passantin auf dem Weg von der Tiefgarage in die Praxis kontaminiert worden. Ebenso rieche sie etwas im Raum, was ihr nicht gut tue und ein Brennen der Schleimhäute hervorrufe. Der psychiatrische medexperts-Gutachter hielt fest, die anfänglich gezeigte Symptomatik in Form des Halskratzens habe bei Defokussierung im Verlauf des weiteren Gesprächs keine Bedeutung mehr gezeigt. Die Gutachter stellten sodann fest, dass die Beschwerdeführerin Raucherin sei und Nagellack trage. In der Konsensbeurteilung äusserten sie, die Beschwerdeführerin messe ihren Symptomen grösseren Stellenwert zu als objektiv quantifizierbar sei. Die sehr tiefe Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit könne aus somatischer Sicht nicht begründet werden. Sie werteten die Verdeutlichungstendenzen als Ausdruck des wahrgenommenen hohen Leidensdrucks und einer Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen und zwanghaften Anteilen (vgl. zum Ganzen IV-act. 124-8 f., 124-12, 124-16, 124-29, 124-35 f., 124-39 und IV-act. 144-17 f.). Auch in den Vorakten finden sich keine ärztlich objektivierten Beobachtungen der von der Beschwerdeführerin beschriebenen Beschwerdenpalette (vgl. beispielhaft IV-act. 82 und 83-2; keine im Zusammenhang mit der MCS-Symptomatik dokumentierten Herzrhythmusstörungen und keine gastrointestinalen Alarmsymptome feststellbar). Hinzu kommt, dass bei sämtlichen angegebenen Beschwerden (Schwindel, brennende Schleimhäute etc.) nicht erkannt werden kann, weswegen diese zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten führen sollten, wie dies die Beschwerdeführerin geltend macht. Die medexperts-Gutachter konnten trotz sorgfältiger Abklärungen keine konkreten gesundheitlichen Einschränkungen aufzeigen. Dementsprechend konnten mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine invalidisierenden Folgen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung nachgewiesen werden. Die Beschwerdeführerin hat die Folgen dieser Beweislosigkeit zu tragen und kann aus der von Dr. D. \_\_\_ gestellten Diagnose einer MCS keinen Leistungsanspruch ableiten (vgl. E. 1.8 f. vorstehend). Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung aus der Konsensbeurteilung des medexperts-Gutachtens unter Ausklammerung der vom dermatologischen Gutachter gestellten Diagnose MCS abgestellt hat. Wie bereits dargetan (vgl. E. 2.3 vorstehend) erfüllt das medexperts-Gutachten die Voraussetzungen für ein beweiskräftiges Gutachten. Die Beschwerdeführerin macht indes im Wesentlichen geltend, die Schlussfolgerungen der Gutachter seien zu wenig begründet und deren Beurteilung

nicht nachvollziehbar. Namentlich habe der psychiatrische Gutachter MCS in Zusammenhang mit einer psychiatrischen Diagnose gebracht und angesichts dessen, dass sie unter MCS leide, sei die Diagnose von histrionischen und zwanghaften Persönlichkeitszügen unangebracht. Der psychiatrische Gutachter hat sich jedoch entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin durchaus differenziert geäußert. So hielt er fest, aus psychiatrischer Sicht würden sich leicht histrionische und zwanghafte Symptome, Somatisierungstendenzen sowie Verdeutlichungstendenzen zeigen (IV-act. 124-37). Obschon die Diagnose MCS die gesamte Lebensweise der Beschwerdeführerin bestimmt, sie sich deswegen weitgehend von der Aussenwelt isoliert (z.B. völlige Isolation von Januar bis März 2018, vgl. IV-act. 124-32) und ihre gesamte Haushaltführung und Freizeitgestaltung danach ausrichtet (vgl. die Schilderungen in ihrem Blog, [https://\(...\)](https://(...)), abgerufen am 8. Oktober 2021), sprach der psychiatrische Gutachter lediglich von leicht akzentuierten Persönlichkeitszügen und begründete dies namentlich damit, der aufgetragene Nagellack und der Nikotingebrauch würden erahnen lassen, dass die Beschwerdeführerin ihren Symptomen grösseren Stellenwert beimesse, als objektiv quantifizierbar sei (vgl. IV-act. 122-7 und 122-39). Er berücksichtigte demnach die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Einschränkungen durch MCS bei seiner Einschätzung und gelangte dennoch zum Schluss, es würden leicht akzentuierte Persönlichkeitszüge vorliegen. Ihm war zudem bewusst, dass MCS nicht ICD-10-klassifiziert ist. Dass er die Symptomatik der Beschwerdeführerin deshalb unter ICD-10 F45.9 (somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet) fasste (vgl. IV-act. 124-37), ist daher nicht zu beanstanden und zeugt auch nicht, wie die Beschwerdeführerin geltend macht, von mangelnder Auseinandersetzung mit dem Stand der Wissenschaft bezüglich MCS. Denn in der Medizin ist umstritten, ob MCS eine somatische, psychische oder psychosomatische Pathogenese hat und wie oft psychiatrische Komorbiditäten bestehen (vgl. E. 3 vorstehend). Auch seine Ausführungen, wonach durch eine intensivere Psychotherapie die Arbeitsfähigkeit allenfalls gesteigert werden könnte (vgl. IV-act. 124-38 f.), kann nicht als Falscheinschätzung verworfen werden, denn Teile der medizinischen Fachliteratur erachten eine Vermeidung als verstärkendes und unterhaltendes Element der Symptomatik (vgl. E. 3.4 vorstehend), sodass eine intensiviertere Psychotherapie zum Abbau von Vermeidungsstrategien in der Medizin offenbar teilweise als Behandlungsstrategie anerkannt wird. Die Beschwerdeführerin bringt vor, die Arbeitsunfähigkeit von 30 % sei nicht nachvollziehbar begründet. Die Herleitung der psychiatrischen Diagnosen sei oberflächlich und der psychiatrische Gutachter setze sich nicht mit den Vorakten auseinander, in welchen gänzlich andere Diagnosen gestellt würden. Insbesondere sei unklar, inwieweit die Resultate der neuropsychologischen Begutachtung in diese Einschätzung miteinbezogen worden seien. Dr. C.\_\_\_\_ war die einzige fachärztliche Vorbehandlerin, die für das vorliegende Verfahren relevante psychiatrische Vordiagnosen gestellt hatte. Sie nannte ein chronisches depressives Erschöpfungssyndrom (ICD-10 F32.9), Dysthymia (ICD-10 F34.1) und negative Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z61; IV-act. 61; die übrigen von ihr gestellten Diagnosen waren fachfremd und deshalb vom psychiatrischen Gutachter nicht zu berücksichtigen). Diese Diagnosen wurden von ihr jedoch nicht weiter begründet. Die Behandlungsintensität (stützende Psychotherapie durch telefonische Konsultation ca. alle zwei Monate, vgl. IV-act. 61-2 und 124-35) spricht gegen eine stark ausgeprägte behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankung. Die negativen Kindheitserlebnisse und die Dysthymia sind grundsätzlich nicht invalidisierend und wurden von der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung auch nicht als solche thematisiert. Der psychiatrische medexperts-Gutachter hielt fest, es habe sich kein Anhalt für eine

depressive Symptomatik gezeigt. Die insbesondere bei der neuropsychologischen Untersuchung gezeigten Symptome würden nicht reichen für die Stellung einer Diagnose aus dem Formenkreis der affektiven Störungen (IV-act. 124-36 f.). Auch wenn es wünschenswert gewesen wäre, dass der psychiatrische Gutachter sich einlässlicher dazu geäußert hätte, fand demnach eine hinreichende Auseinandersetzung mit den psychiatrischen Vorakten statt. Dem psychiatrischen Gutachter kommt bei der ärztlichen Beurteilung von der Natur der Sache her ein gewisses Ermessen zu (vgl. E. 1.6 vorstehend). Er hat die Ergebnisse der neuropsychologischen Begutachtung in seine Einschätzung miteinbezogen und insbesondere gestützt darauf im Sinne einer Differentialdiagnose ein Chronique Fatigue Syndrom erwähnt (vgl. IV-act. 124-36 ff.). Unabhängig davon erachtete er eine gewisse Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit als erwiesen und bezifferte diese auf 30 %. Ob dafür eine somatoforme Störung oder die differentialdiagnostisch erwähnten Diagnosen verantwortlich sind, kann offenbleiben, da die funktionellen Auswirkungen vergleichbar sind. Seine Arbeitsfähigkeitsschätzung steht auch nicht im Widerspruch zu den von der Beschwerdeführerin angeführten Leitlinien der SVNP, zumal diese für eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 bis 50 % vorsehen. Zudem stellt eine neuropsychologische Untersuchung lediglich eine Zusatzuntersuchung dar. Der psychiatrische Gutachter hat die Arbeitsunfähigkeit zu schätzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. April 2019, 9C\_752/2018, E. 5.3). Nach dem Gesagten ist die Konsensbeurteilung der medexperts-Gutachter unter Ausklammerung der vom dermatologischen Gutachter gestellten Diagnose MCS nachvollziehbar und einleuchtend, sodass ihr Beweiskraft zukommt. Die Beschwerdeführerin ist somit als zu 70 % arbeitsfähig in ihren früheren und jeglichen weiteren adaptierten Tätigkeiten anzusehen. Dr. D. \_\_\_ erachtete die Beschwerdeführerin für einen adaptierten Arbeitsplatz (namentlich bei ihr zuhause im Homeoffice) als zu 100 % arbeitsfähig, womit insgesamt auch unter Einbezug der ergänzenden dermatologischen Einschätzung von einer 30%igen Reduktion der Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird grundsätzlich 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 i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG). 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 (sogenannter 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 unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2019, 9C\_851/2018, E. 5.1, mit Hinweisen). Vorliegend ist die Beschwerdeführerin gestützt auf das medexperts-Gutachten sowohl in den von ihr früher ausgeübten Tätigkeiten als auch in jeder anderen adaptierten Tätigkeit (leichte bis maximal mittelschwere körperliche Tätigkeit, regelmässige Pausen, Gestaltung des Arbeitsplatzes, kein Arbeitsstress mit Kundenkontakt) zu 70 % arbeitsfähig (vgl. IV-act. 124-8). Da sie demnach frühere Erwerbstätigkeiten wieder aufnehmen könnte, kann der Invaliditätsgrad mittels Prozentvergleich ermittelt werden. Er beträgt folglich ohne Tabellenlohnabzug 30 %. Die Beschwerdeführerin macht geltend, wenn auf das medexperts-Gutachten abgestellt werde, würde sich in Anbetracht der gesamten Umstände ein Tabellenlohnabzug von 20 % rechtfertigen, sodass auch in diesem Fall Rentenleistungen geschuldet wären (act. G1). Mit dem Abzug vom Tabellenlohn soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen. Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen ( BGE 146 V 16 E. 4.1 und Urteil des Bundesgerichts vom 10. August 2021, 8C\_115/2021, E. 3.2.1, je mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin kann gestützt auf das medexperts-Gutachten wieder in den von ihr bereits früher ausgeübten Tätigkeiten arbeiten. Sie verfügt über hervorragende Arbeitszeugnisse (IV-act. 21-7 ff.). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gibt es keinen Anlass für einen Teilzeitabzug bei Frauen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Dezember 2012, 8C\_303/2012, E. 6.2). Vorliegend wird es der Beschwerdeführerin nach einem über viele Jahre dauernden weitgehenden Rückzug aus dem öffentlichen Leben bei offensichtlichem Leidensdruck schwer fallen, erneut einer Berufstätigkeit nachzugehen, bei der unvermeidlich Kontakte mit den von ihr aufgezählten Auslösern stattfinden werden. Da MCS aber, wie obenstehend ausführlich dargelegt, nicht als Gesundheitsschaden im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne angesehen werden kann, darf die entsprechende Symptomatik auch bei der Frage nach einem Tabellenlohnabzug nur zurückhaltend berücksichtigt werden. Das Alter der Beschwerdeführerin führt entgegen ihrer Ansicht nicht zu einer Unverwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit (vgl. zur diesbezüglich strengen Rechtsprechung Urteil des Bundesgerichts vom 23. August 2018, 8C\_892/2017, E. 5). Es kann zwar im Zusammenspiel mit weiteren Umständen einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Juli 2020, 8C\_151/2020, E. 6.3.3). Vorliegend sind die Voraussetzungen hierfür indes nicht erfüllt. Selbst wenn in einer Gesamtwürdigung aller Umstände ein Tabellenlohnabzug gewährt würde, wäre dieser angesichts der strengen höchstrichterlichen Rechtsprechung auf

maximal 10 % zu begrenzen. Ein höherer Abzug liesse sich nicht begründen. Der Invaliditätsgrad beträgt somit 30 %. Die Beschwerdeführerin hat damit keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Selbst wenn ein Tabellenlohnabzug von 10 % berücksichtigt würde, ergäbe sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von lediglich 37 % ( $100 \% - [70 \% \times 10 \%]$ ). Somit erweist sich die angefochtene Verfügung im Ergebnis als korrekt und die Beschwerde ist abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegenden Angelegenheit angemessen. Da die Beschwerdeführerin vollumfänglich unterliegt, ist die Gerichtsgebühr ihr aufzuerlegen (Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr daran angerechnet. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin bezahlt die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.-- unter Anrechnung des Kostenvorschusses von Fr. 600.--.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.