



Fall-Nr.: IV 2008/371
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 14.07.2020
Entscheiddatum: 22.03.2010

Entscheid Versicherungsgericht, 22.03.2010

Art. 16 ATSG; Art. 28 Abs. 1 IVG (Fassung bis Ende 2007). Beweiswert von Arztberichten und medizinischen Gutachten. Invaliditätsbemessung bei einer Versicherten, die vor Eintritt der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit unfreiwillig ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielte (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. März 2010, IV 2008/371).

a.o. Vizepräsident Franz Schlauri, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Miriam Lendfers

Entscheid vom 22. März 2010

in Sachen

S.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Robert Baumann, Waisenhausstrasse 17,
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a S.____, Jahrgang 1965, meldete sich im Februar 2001 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an. Sie gab an, unter Rückenschmerzen, Asthma und psychischen Störungen zu leiden (IV-act. 1). Im Auftrag der IV erstattete die MEDAS Ostschweiz am 28. August 2002 ein polydisziplinäres Gutachten. Darin werden als die zumutbare Arbeitsfähigkeit beeinflussende Hauptdiagnosen eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen und ein diffuses generalisiertes Schmerzsyndrom genannt. Für körperlich schwere Tätigkeiten sei die Versicherte nicht mehr arbeitsfähig, für mittelschwere ohne Rückenbelastung bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 50% (IV-act. 24-10, 24-12). Gestützt auf dieses Gutachten sprach die IV-Stelle der Versicherten am 21. Mai 2003 rückwirkend ab 1. März 2001 bei einem Invaliditätsgrad von 46% eine Viertelsrente mit Zusatzrenten für den Ehemann und die beiden Kinder zu (IV-act. 41). Rechtsanwalt lic. iur. Robert Baumann erhob dagegen in Vertretung der Versicherten am 23. Juni 2003 Einsprache (IV-act. 49), woraufhin die IV-Stelle die angefochtenen Verfügungen am 3. Juli 2003 widerrief (IV-act. 56) und eine Verlaufsbeurteilung bei der MEDAS Ostschweiz in Auftrag gab (IV-act. 63).

A.b Im MEDAS-Gutachten vom 3. Januar 2005 werden die Hauptdiagnosen mittelgradige bis schwere depressive Störung mit somatischem Syndrom und Elementen einer sozialen Phobie sowie weiterhin das diffuse generalisierte Schmerzsyndrom genannt. Der psychiatrische Zustand habe sich verschlechtert, die Versicherte sei seit Juni 2003 zu 60% arbeitsunfähig (IV-act. 68-7; 68-9). Die IV-Stelle sprach ihr daraufhin mit Verfügungen vom 24. März 2005 bei einem Invaliditätsgrad von 46% ab 1. März 2001 eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von 64% ab 1. September 2003 eine halbe und ab 1. Januar 2004 eine Dreiviertelsrente zu (IV-act. 87). Dagegen liess die Versicherte am 28. April 2005 Einsprache erheben (IV-act. 84). Mit der ergänzenden Begründung vom 30. Juni 2005 reichte ihr Rechtsvertreter einen Bericht von Dr. med. A.____, Facharzt FMH für



St.Galler Gerichte

Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, vom 14. März 2005 ein (IV-act. 94). Nach Kenntnisnahme eines weiteren Berichts von Dr. A.____ vom 18. Juli 2005, in dem dieser eine Restarbeitsfähigkeit der Versicherten verneinte (IV-act. 103), widerrief die IV-Stelle am 26. Oktober 2005 auch die Verfügungen vom 24. März 2005 (IV-act. 109), holte weitere medizinische Akten ein und veranlasste am 27. August 2007 eine zweite Verlaufsbegutachtung bei der MEDAS Ostschweiz (IV-act. 135). Im Gutachten vom 9. Januar 2008 werden keine neuen relevanten Diagnosen genannt. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit belaufe sich weiterhin auf 60% (IV-act. 139-14).

A.c Mit Vorbescheid vom 27. März 2008 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Zusprache einer Viertelsrente ab 1. März 2001, einer halben Rente ab 1. September 2003 und einer Dreiviertelsrente ab 1. Januar 2004 in Aussicht (IV-act. 145). Trotz Einwands der Versicherten vom 30. April 2008 (IV-act. 148) und ergänzender Begründung vom 30. Mai 2008 (IV-act. 150) verfügte die IV-Stelle nach Rückfrage bei ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; IV-act. 151) am 4. August 2008 gemäss Vorbescheid (act. G 1.1.1).

B.

B.a Gegen diese Verfügungen richtet sich die Beschwerde der Versicherten vom 8. September 2008. Ihr Rechtsvertreter beantragt unter Kosten- und Entschädigungsfolgen die Aufhebung der Verfügungen und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente ab wann rechtens, spätestens ab 1. März 2001. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im MEDAS-Gutachten vom 9. Januar 2008 seien die verschiedenen Leiden der Beschwerdeführerin nicht bzw. zu wenig berücksichtigt worden. Dies gelte insbesondere für die attackenweise auftretenden Gleichgewichtsstörungen und Kopfschmerzen usw., die der Beschwerdeführerin seit einem Sturzunfall auf Glatteis am 17. Februar 2003 und einem Auffahrunfall vom 10. Oktober 2005 stark zu schaffen machten. Dr. A.____ gehe in seinem aktuellsten Bericht vom 18. August 2008 von einer Arbeitsunfähigkeit von 80-90% aus, dies, weil die peripher-vestibuläre Funktionsstörung auch heute noch zentral nicht vollständig kompensiert sei und die Kompensationsprozesse nach längerer Therapiepause wieder Kompensationstendenz zeigen würden. Das MEDAS-Gutachten sei nicht vollständig



und durch eine neuro-otologische Untersuchung zu ergänzen. In Bezug auf Schmerzen an beiden Handgelenken sei eine ergänzende orthopädische Untersuchung, im Weiteren ein Bericht bei Dr. B.____ einzuholen (act. G 1). In der Beschwerdeergänzung vom 13. November 2008 verweist der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin erneut auf den Bericht von Dr. A.____ vom 18. August 2008. Dessen erhobene Diagnosen seien zu berücksichtigen und hätten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Dr. A.____ führe nachvollziehbar aus, weshalb im MEDAS-Gutachten sein Bericht vom 18. Juli 2005 zwar erwähnt, jedoch fachlich falsch interpretiert worden sei. Selbst wenn man auf eine Arbeitsunfähigkeit von 60% abstellen wollte, sei die Invaliditätsbemessung falsch. Beim Invalideneinkommen sei neben dem Minderverdienst von 17.4% ein höherer Leidensabzug als die zuerkannten 10% zu berücksichtigen. Ein Bericht des Psychiaters Dr. med. C.____ vom Juni 2003 attestiere eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50%. Dr. C.____ habe offen gelassen, dass die Arbeitsunfähigkeit auch durchaus etwas höher, 55% bis 60%, liegen könnte. Dann sei aber anzunehmen, dass der Eintritt der Verschlechterung bzw. die Arbeitsunfähigkeit von 60% gemäss MEDAS bereits im Jahr 2001 bestanden habe, weshalb ab März 2001 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bestehe (act. G 5).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 30. Januar 2009 die Abweisung der Beschwerde. Der zuständige Arzt des RAD habe am 23. Juli 2008 angegeben, das bunte Beschwerdebild mit Sehstörungen, Gangunsicherheit, Schwindelsymptomatik und deutlichem Leidensdruck stehe in deutlichem Kontrast zu den völlig normalen neurologischen Untersuchungsergebnissen. Die Beschwerden seien in klarem Zusammenhang mit der mittelgradigen bis schweren depressiven Störung zu sehen. Eine weiterführende ORL-Untersuchung erübrige sich in diesem Kontext. Somit sei auf die Beurteilung der MEDAS und nicht auf die Beurteilung allein aus oto-neurologischer Sicht von Dr. A.____ abzustellen. Zum Einkommensvergleich hält die Beschwerdegegnerin fest, der Minderverdienst werde mit der Berücksichtigung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit vollständig abgegolten. Ein zusätzlicher Abzug dürfe nicht berücksichtigt werden, zumal Frauen in Teilzeit überdurchschnittlich verdienen. Würde die Beschwerdeführerin in eine Hilfstätigkeit in der Produktion wechseln und nicht in der Gastronomie bleiben, würde sie eine tiefere Erwerbseinbusse als 60% erleiden. In diesem Fall hätte sie noch Anspruch auf eine halbe Rente (act. G 8).



B.c Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hält in der Replik vom 19. Februar 2009 an den Anträgen gemäss Beschwerde unverändert fest. Erneut betont er, die ausführliche Stellungnahme von Dr. A.____ vom 18. August 2008 zum MEDAS-Gutachten sei zwingend zur Kenntnis zu nehmen. Nach der neuesten Rechtsprechung des Bundesgerichts sei beim Vorliegen eines Schleudertraumas bzw. einer HWS-Distorsion im Rahmen eines polydisziplinären Gutachtens auch eine neuro-otologische und allenfalls ophtamologische Untersuchung durchzuführen. Vorliegend gebe es oto-neurologische Abklärungsergebnisse, die entsprechend zu würdigen seien (act. G 10).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 26. Februar 2009 auf eine weitere Stellungnahme (act. G 12).

Erwägungen:

1.

Angefochten sind Verfügungen, die nach Inkrafttreten der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 ergangen sind. Mangels einer übergangsrechtlichen Norm rechtfertigt es sich allerdings, für die vor diesem Zeitpunkt massgebenden Verhältnisse (Rentenanspruch mit Anspruchsbeginn bei Anmeldung unter altem Recht) die im Folgenden zitierten, bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Bestimmungen anzuwenden.

2.

Vorliegend wurde über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin noch nie rechtskräftig verfügt. Die Rentenverfügungen vom 21. Mai 2003 und vom 24. März 2005 wurden widerrufen und weitere Abklärungen in die Wege geleitet. Die im vorliegenden Verfahren angefochtenen und zu überprüfenden Verfügungen vom 4. August 2008 regeln damit die Rentenansprüche ab Anspruchsbeginn.

3.

3.1 Unter Invalidität wird bei als Gesunden voll erwerbstätigen Personen die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den



Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach aArt. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn der Versicherte mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn er wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

3.2 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 Erw. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a).

4.



4.1 Zu überprüfen ist die medizinische Aktenlage. In orthopädischer Hinsicht diagnostizierte die MEDAS lediglich eine flache, doppelte S-förmige Skoliose der Wirbelsäule, der sie im Gutachten vom 9. Januar 2008 keinen Krankheitswert beimass, sondern die sie als individuelle Formvariante bezeichnete. Trotz einer Schleuderung der Halswirbelsäule (HWS) könne dort kein pathologischer Befund erhoben werden, ebenso wenig am linken Handgelenk. Die Wirbelsäulenbeweglichkeit sei gegenüber August 2004 geringfügig zurückgegangen, rechtfertige aber keine neuen Röntgenaufnahmen bei gleichbleibenden Befunden zwischen 2000 und 2005. Die Verhältnisse in Bezug auf den Rücken insgesamt seien im Vergleich zur Begutachtung vom August 2004 unverändert, es könne höchstens eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden, indem wiederholtes Lastenheben über 15kg unterbleiben solle. Die Einschränkung, die schon 2000 nicht habe objektiviert werden können, bestehe aufgrund der Schmerzangabe im Rücken nach Belastung (IV-act. 139-11). Die im ersten Gutachten vom 28. August 2002 erwähnten Befunde Hohlrundrücken, diskrete degenerative Veränderungen der Brust- und Lendenwirbelsäule und Status nach Morbus Scheuermann (IV-act. 24-11) bewirkten ebenfalls keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Hinweise auf eine Verschlechterung konnten nicht erhoben werden und ergaben sich auch nicht aus der Bildgebung, so unter anderem MRI der LWS vom November 2006 bzw. der HWS vom August 2005.

4.2

4.2.1 Bei der ersten Begutachtung vom April 2002 waren noch keine Schwindelbeschwerden beschrieben worden. Im zweiten MEDAS-Gutachten betreffend Begutachtung vom August 2004 wird ein Unfall vom 16. Februar 2003 mit HWS-Distorsion erwähnt. Seither leide die Beschwerdeführerin unter nadelstichartigen Schmerzen im Schulter-/Nackebereich und Dysästhesien in den Händen und Füßen akral sowie chronischen okzipitalen Kopfschmerzen (IV-act. 68-3). Wiederum klagte sie offenbar nicht über Schwindel, Gleichgewichtsstörungen oder ähnliches. Demgegenüber beschreibt Dr. A. ___ am 14. März 2005 einen Sturzunfall auf Glatteis vom 17. Februar 2002, der Dauerschwindel ausgelöst habe, der sich intervallweise verstärke, vor allem bei schnellen Kopf- und Körperbewegungen. Auch visuelle Reize und Aufenthalt in der Menge provoziere den Schwindel mit visueller Symptomatik in



Form von Verschwommensehen, räumlicher Desorientierung und visuellem Unbehagen. Beim Laufen bestehe ein schwankendes Gefühl und Unsicherheit sowie Lateropulsion nach rechts. Die stärkeren Schwindelepisoden seien von vegetativer Symptomatik begleitet. Seit dem Unfall seien auch die kognitiv-mnestischen Störungen mit Konzentrationsschwäche, reduzierter Aufmerksamkeit, schneller Ermüdbarkeit und reduzierter Belastbarkeit ausgeprägt. Dr. A.____ geht in seiner Beurteilung davon aus, dass die Beschwerdeführerin beim Sturz eine contusio capitis, eine commotio cerebri et labyrinthi links und ein HWS-Abknicktrauma erlitten habe. Die Schwindelcharakteristika, die schwindelverstärkenden Faktoren und vor allem die begleitende visuo-visuo-oculomotorische Symptomatik sowie durch den Unfall ausgelöste neuro-psychologische Defizite sprächen für eine multimodale Funktionsstörung innerhalb des Gleichgewichtssystems. Diese Annahme werde durch die klinisch erhobenen Befunde und die objektiv erfassbaren neuro-otometrischen Befunde gestützt (IV-act. 94-14 f.). Am 18. Juli 2005 hielt Dr. A.____ fest, rein aus oto-neurologischer Sicht wegen posttraumatischen multisensorischen Vertigo-Syndroms bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70% für sämtliche Tätigkeiten, die mit körperlichen Bewegungen, Arbeit in der Höhe und Arbeit mit visueller Fixation und visuellen Reizen verbunden seien. Unter Berücksichtigung der von der MEDAS am 3. Januar 2005 attestierten Arbeitsunfähigkeit anhand der Hauptdiagnosen betrage die Arbeitsunfähigkeit zusammen mit jener aus neuro-otologischer Sicht sicher 100%. Betreffend Prognose und Arbeitsunfähigkeit wäre eine interdisziplinäre Beurteilung sinnvoll (IV-act. 103).

4.2.2 Bei der MEDAS-Begutachtung vom November 2007 berichtete die Beschwerdeführerin, seit dem Sturz auf Glatteis vom 17. Februar 2003 an Schwindel zu leiden, der seit einem Auffahrunfall vom 10. Oktober 2005 an Intensität zugenommen habe. Eine Schwindelattacke dauere vier bis fünf Minuten und trete drei- bis viermal täglich auf. Weiter berichtete die Beschwerdeführerin über inkonstant vorhandene Gangunsicherheit. In der Beurteilung hielten die MEDAS-Gutachter fest, in der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung habe man bei glatter Blickfolge ohne Sakkaden keine Hinweise für eine zentrale oder periphere Oculomotorikstörung, bei fehlendem Spontannystagmus, unauffälligen Lagerungsproben sowie unauffälligem Kopfpuls-Test nach Halmagyi keinen Hinweis für eine periphere Vestibulopathie gefunden. Die von Dr. A.____ im März 2005 beschriebene Symptomatik mit



Spontannystagmus nach rechts und reduzierter Erregbarkeit des Nervus vestibularis in der Kalorikprüfung links würde für eine damalige Vestibulopathie links sprechen, wobei in der Blickfolge der Spontannystagmus beim Blick nach rechts üblicherweise verstärkt wäre und eine Lateropulsion nach links zum ausgefallenen Vestibularorgan zu erwarten wäre. Bei dokumentierter fehlender Bewusstlosigkeit seien die Diagnosekriterien für eine commotio cerebri nicht erfüllt, es könne lediglich von einem leichten Schädel-Hirn-Trauma oder einer Schädelprellung im Rahmen des Sturzereignisses gesprochen werden. Die Neurologen beschreiben den Befund trotz detaillierter Prüfung als unauffällig. Sie fanden kein cerebelläres Syndrom und keinen Spontannystagmus und hielten fest, die damals berichtete vestibuläre Störung bilde möglicherweise die Brücke und den Kern zu einer über die Jahre deutlich ausgebauten funktionellen Störung auf dem Boden einer seit Jahren bestehenden depressiven Störung. Erfahrungsgemäss würden peripher-vestibuläre Läsionen mit der Zeit zentral gut kompensiert. Das bunte Beschwerdebild mit Sehstörungen, Gangunsicherheit, Schwindelsymptomatik, der deutliche Leidensdruck und der hierzu kontrastierende völlig unauffällige neurologische Status passten eher zu einer funktionellen Störung als zu einer rein somatischen vestibulären Funktionsstörung. Zum Ausschluss einer Pathologie im vertebro-basilären Stromgebiet, insbesondere einer Dissektion der extrakraniellen hirnzuführenden Gefässe im Rahmen des Sturzes, sei eine MR-Angiographie und Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnzuführenden Gefässe durchgeführt worden. Diese hätten unauffällige Befunde gezeigt und insbesondere keine Hinweise gegeben auf eine Pathologie im vertebro-basilären Stromgebiet oder auf frische oder alte Ischämien im Hirnstammgebiet (IV-act. 139-13 f.). Der zuständige Arzt des RAD hielt am 23. Juli 2008 unter Bezugnahme auf die Ausführungen der Neurologen der MEDAS fest, die Beschwerden seien in klarem Zusammenhang mit der depressiven Störung mit somatischem Syndrom zu sehen, weshalb sich eine weiterführende ORL-Untersuchung erübrige (IV-act. 151).

4.2.3 Dr. A.____ schätzte die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin am 18. August 2008 auf 80-90%. Der Grund für diese im Vergleich mit der MEDAS höhere Schätzung liege in der Tatsache, dass die peripher-vestibuläre Funktionsstörung noch immer zentral und nicht zu 100% kompensiert sei und die Kompensationsprozesse auch nach längerer Therapiepause wieder Dekompensationstendenzen gezeigt hätten. Zusätzlich sei immer noch eine Integrationsstörung innerhalb der Afferenz-Systeme des



Gleichgewichtssystems vorhanden. Die neuro-otometrisch erhobenen Befunde der trimodalen Funktionsstörung innerhalb des Gleichgewichtssystems mit peripher-vestibulärer Funktionsstörung links, visuo-oculomotorischer Funktionsstörung und zerviko-proprioceptiver Funktionsstörung könnten nur durch elektronystagmographische und posturographische Untersuchungen erfasst werden und würden durch die klinisch-neurologische Untersuchung sehr häufig übersehen, wie auch im Fall der Beschwerdeführerin (IV-act. 165-3).

4.2.4 Die zweite MEDAS-Begutachtung vom August 2004 thematisiert die Schwindelproblematik nicht. Der Sturz auf Glatteis (der gemäss dem letzten MEDAS-Gutachten im Februar 2003 und nicht, wie von Dr. A.____ angegeben, im Februar 2002 stattgefunden haben soll) wird zwar erwähnt und so auch damit in Zusammenhang stehende, von der Beschwerdeführerin geklagte Schmerzen im Schulter-/Nackebereich u.ä., nicht jedoch Gleichgewichts- oder Schwindelbeschwerden. Die Beurteilung von Dr. A.____ vom März bzw. Juli 2005, wonach allein aufgrund dieser Beschwerden bereits seit dem Sturz eine Arbeitsunfähigkeit von 70% für Tätigkeiten mit körperlichen Bewegungen, Arbeit in der Höhe und Arbeit mit visuellen Fixationen und Reizen bestehen soll, erweist sich bereits vor diesem Hintergrund als nicht plausibel. Im Übrigen lässt er eine Arbeitsfähigkeitsschätzung für besser adaptierte Tätigkeiten vermissen. Weiter fällt auf, dass Dr. A.____ am 18. August 2008 zwar z.B. von einer Reduktion des Schwindel-Handicap-Indexes von 78% auf 52% berichtet, dennoch rückwirkend für die Zeit seit März 2005 eine generelle Arbeitsunfähigkeit von 80-90% attestiert, ohne die zumutbaren Tätigkeiten zu beschreiben. Damit geht er quantitativ und qualitativ über seine Einschätzung aus dem Jahr 2005 hinaus, ohne dies zu begründen. Zentral ist im Weiteren, dass die Beschwerdeführerin bei der dritten MEDAS-Begutachtung im November 2007 Schwankschwindel beschreibt, der beim plötzlichen Aufstehen oder provozierbar durch schnelle Kopfrotation auftritt. Der Schwindel dauere vier bis fünf Minuten an. Er sei auch im Sitzen oder Liegen aufgetreten, weshalb sie Angst habe einzuschlafen aus Angst, erneut eine Schwindelattacke zu bekommen. Pro Tag trete der Schwindel etwa drei- bis viermal auf (IV-act. 139-2). Diese Beschreibung lässt die von Dr. A.____ attestierte fast vollständige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten als wenig plausibel erscheinen. Plötzliches Aufstehen und schnelle Kopfrotation kann die Beschwerdeführerin bei einer zumutbaren Arbeitstätigkeit weitgehend vermeiden.



Arbeiten in der Höhe und Tätigkeiten mit intensiven visuellen Reizen können ebenfalls umgangen werden. Bei der Arbeit muss lediglich gewährleistet sein, dass die Beschwerdeführerin ihre Tätigkeit im Fall des Auftretens von Schwindelgefühlen für einige Minuten unterbrechen kann. Im Übrigen ist zu beachten, dass die Neurologen der MEDAS wie erläutert keinerlei relevante neurologische Auffälligkeiten erheben konnten. Auch im Rahmen einer Funktions-Computer-Tomographie von Dr. med. D.____ vom 4. Februar 2005 präsentierten sich normale Verhältnisse (IV-act. 120-5). Eine im Februar 2005 durchgeführte Polysomnographie im Schlaflabor Fluntern ergab im Weiteren ein normales Schlafprofil, ein Schlaf-Apnoe-Syndrom wurde ausgeschlossen (IV-act. 120-7). Insgesamt sind die Schlussfolgerungen der Neurologen der MEDAS nachvollziehbar und erscheinen begründet.

4.3 Bereits im ersten MEDAS-Gutachten vom 28. August 2002 war eine erhebliche psychiatrische Problematik erkannt worden. Es lag eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom vor, weshalb der begutachtende Psychiater Dr. med. E.____ die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als zu 45-50% eingeschränkt betrachtete (IV-act. 23-3). Gemäss dem zweiten Gutachten von Dr. E.____ hatte die depressive Störung im August 2004 mittelgradiges bis schweres Ausmass angenommen und waren neu Elemente einer sozialen Phobie aufgetreten. Er berichtet von zunehmenden Beobachtungs- und Verfolgungsgefühlen in Verbindung mit einer stärker ausgeprägten Angststörung. Der psychische Gesamtzustand allein bewirke die Erhöhung des Arbeitsunfähigkeitsgrads auf 60% (IV-act. 68-14 f.). Demgegenüber beurteilte Dr. E.____ die Arbeitsfähigkeit im dritten Gutachten vom November 2007 als unverändert, obwohl die Beschwerdeführerin subjektiv eine Verschlechterung verspürte (IV-act. 139-24). Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. E.____ erscheint nach wie vor plausibel.

4.4 Im Gutachten vom 9. Januar 2008 wurde im Zusammenhang mit dem anamnestisch festgestellten Asthma bronchiale festgehalten, dass Staubexpositionen vermieden werden sollten. Dabei handelt es sich lediglich um eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bereits in den Gutachten vom 28. Februar 2002 und vom 3. Januar 2005 war festgehalten worden, die Lungenfunktion sei unter medikamentöser Therapie normal (IV-act. 24-11; 68-4; 68-7).



4.5 Die polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS erfüllt die beweisrechtlichen Anforderungen. Das Gutachten und die Arbeitsfähigkeitsschätzung sind nachvollziehbar begründet und plausibel. Die Vorakten und die geklagten Beschwerden wurden adäquat berücksichtigt und thematisiert. Folglich ist für die Invaliditätsbemessung von einer verbliebenen Arbeitsfähigkeit von 40% auszugehen.

5.

5.1 In Bezug auf den Beginn der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit möchte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin die Angaben des behandelnden Psychiaters Dr. C.____ vom 8. August 2001 so verstanden wissen, dass die Arbeitsunfähigkeit 50% auch übersteigen könne. Zwar trifft zu, dass Dr. C.____ in jenem Bericht von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% schrieb (IV-act. 15-6). Dr. E.____ attestierte in seinem Gutachten vom 25. April 2002 eine Arbeitsunfähigkeit in derselben Grössenordnung (45-50%; IV-act. 23-3). Am 28. August 2004 berichtete er von einer Verschlechterung durch neu erkannte Elemente einer sozialen Phobie. Die Beobachtungs- und Verfolgungsgefühle in Verbindung mit einer stärkeren Ausprägung der Angststörung rechtfertigten gemäss Dr. E.____ eine Erhöhung der geschätzten Arbeitsunfähigkeit auf 60% (IV-act. 68-14). Damit stimmte er mit Dr. C.____ überein, der im Bericht vom 26. Juni 2003 von einer Tendenz zur Verschlechterung trotz seiner Behandlung schrieb und für jenen Zeitpunkt von einer Arbeitsunfähigkeit von 60% ausging (IV-act. 52-3). Aktenmässig lässt sich daher nicht belegen, dass bereits vor Juni 2003 eine 50% übersteigende Arbeitsunfähigkeit bestanden hätte.

5.2 Vor März 2000 ist keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (vgl. IV-act. 7-3), sodass das Wartejahr gemäss Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG (in der damals gültigen Fassung) nicht vor diesem Datum zu laufen beginnt. Ein Rentenanspruch kommt daher nicht vor März 2001 in Frage.

6.

6.1 Weiter verlangt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beim Invalideneinkommen die Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 25%.



6.1.1 Der oftmals als "Leidensabzug" bezeichnete Abzug hat nichts mit dem Leiden zu tun. Vielmehr sollen damit jene Nachteile ausgeglichen werden, die der versicherten Person durch die Verwendung von statistischen Einkommenszahlen erwachsen. Diese Zahlen stammen nämlich von gesunden Arbeitnehmern. Invalide Personen erleiden indessen - neben der Arbeitsunfähigkeit - auf dem Arbeitsmarkt eine zusätzliche Lohneinbusse. In [BGE 126 V 75 neues Fenster](#) ff. hat das Bundesgericht festgestellt, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) abhängig ist. 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. Schliesslich ist der Abzug auf höchstens 25% zu begrenzen. Bei der Überprüfung des gesamthaft vorzunehmenden Abzugs darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, die seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen. Vorliegend fällt ins Gewicht, dass die Beschwerdeführerin gegenüber einer gesunden Konkurrentin für einen bestimmten Arbeitsplatz ein höheres Krankheitsrisiko hat. Dies hat auch bei manifesten psychischen Leiden zu gelten. Aus der Sicht eines ökonomisch denkenden Arbeitgebers senkt dieses Risiko, dessen Verwirklichung die Gesamtlohnkosten des Betriebs erhöhen würde, den "Wert" der Beschwerdeführerin als Arbeitnehmerin. Um dies zu kompensieren und konkurrenzfähig zu bleiben, müsste die Beschwerdeführerin mit einem entsprechend tieferen Lohn rechnen. Insgesamt ist sie auf erhöhte Flexibilität des Arbeitgebers angewiesen. Ein nennenswerter Lohnnachteil wegen Teilzeitarbeit lässt sich bei Frauen im tiefsten Anforderungsniveau mit einem Pensum zwischen 25% und 49% hingegen statistisch nicht belegen; die Lohndifferenz betrug hier im Jahr 2006 z.B. nur 0.24% (vgl. Tabelle T2* auf S. 16 der LSE 2006).

6.1.2 Die Beschwerdegegnerin anerkannte bereits bei der Invaliditätsbemessung, die den widerrufenen Verfügungen vom 24. März 2005 zugrunde lag, einen Leidensabzug von 10% (IV-act. 75-1). Diesen übernahm sie in den angefochtenen Verfügungen (vgl. IV-act. 142). Ein Abzug in dieser Höhe erscheint den Umständen angemessen. Ein



höherer wäre jedenfalls nicht angezeigt, zumal die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht zwar keine schweren Tätigkeiten mehr ausführen kann, Staubexposition und ruckartiges Aufstehen und dergleichen vermeiden muss, darüber hinaus aber nicht in einer Weise eingeschränkt ist, die einen höheren Abzug rechtfertigen würde.

6.2

6.2.1 Die Beschwerdeführerin erzielte im Jahr 1999 ein Einkommen von Fr. 40'650.- (IV-act. 5). Angepasst an die Nominallohnentwicklung belief sich dieses im Jahr 2000 auf Fr. 41'291.- (Nominallohnindex Frauen 1999: 2'156; 2000: 2'190). Gemäss den Tabellenlöhnen der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) verdienten Frauen im tiefsten Anforderungsniveau im Jahr 2000 bei der durchschnittlichen betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.8 Stunden durchschnittlich Fr. 45'871.-. Folglich erzielte die Beschwerdeführerin mit ihrem Einkommen von Fr. 41'291.- einen Minderverdienst von 10%. Es kann davon ausgegangen werden, dass sie sich nicht aus freien Stücken mit einem unterdurchschnittlichen Verdienst begnügt hatte, sondern dass sie an ihrer letzten Stelle aus invaliditätsfremden Gründen unterdurchschnittlich verdiente. Daher ist auch beim Invalideneinkommen damit zu rechnen, dass es von vornherein (schon ohne Berücksichtigung der Arbeitsunfähigkeit und allfälliger gesundheitlich bedingter Lohnnachteile) nicht ganz den Tabellenwert erreichen wird. Daher rechtfertigt es sich vorliegend, diese invaliditätsfremden Gründe dadurch ausser Acht zu lassen, dass als Valideneinkommen und – da die Beschwerdeführerin keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hat – als Ausgangspunkt für die Bemessung des Invalideneinkommens der entsprechende Tabellenlohn (Fr. 45'871.- im Jahr 2000) gewählt wird, wie es die Beschwerdegegnerin grundsätzlich befürwortet. Da sich Validen- und Invalideneinkommen beim Beizug der Tabellenlöhne in etwa gleich entwickeln werden, kann auf eine Aufrechnung an die Nominallohnentwicklung verzichtet werden.

6.2.2 Beim Invalideneinkommen ist ausgehend von Fr. 45'871.- entsprechend dem noch möglichen Pensum ein Abzug von 60% vorzunehmen und ein Leidensabzug von 10% anzuerkennen, sodass sich der Betrag von Fr. 16'513.56 ergibt. Der Invaliditätsgrad beläuft sich daher beim Valideneinkommen von Fr. 45'871.- auf 64%



und entspricht im Ergebnis der Berechnung der Beschwerdegegnerin. Selbst bei einem Leidensabzug von bis zu 20% käme der Invaliditätsgrad unter 70% zu liegen, sodass nur ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente besteht.

6.2.3 Für die Zeit zwischen März 2001 und Juni respektive August 2003 ist von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% auszugehen, sodass sich das Invalideneinkommen bei einem Leidensabzug von 10% in diesem Zeitraum auf Fr. 20'641.95 beläuft (Fr. 45'871.- x 0.5 x 0.9). Somit resultiert bei einem Valideneinkommen von Fr. 45'871.- ein Invaliditätsgrad von 55%. Die Beschwerdeführerin hat demnach ab Ablauf der einjährigen Wartefrist bis und mit August 2003 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Für die Zeit danach ist bis Ende 2003 bei einem Invaliditätsgrad von 64% weiterhin eine halbe, ab 2004 neu (4. IVG-Revision) eine Dreiviertelsrente geschuldet.

7.

7.1 Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde insofern gutzuheissen, als der Beschwerdeführerin ab 1. März 2001 bis und mit August 2003 eine halbe Invalidenrente zuzusprechen ist. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

7.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1'000.- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG) und den Parteien je nach Obsiegen und Verlieren auferlegt. Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- erscheint als angemessen. Die Beschwerdeführerin obsiegt lediglich teilweise betreffend Rentenhöhe in den ersten zweieinhalb Jahren des Rentenbezugs. Dem Ausmass des Obsiegens angemessen erscheint die Auferlegung der anteiligen Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 400.-. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.- ist anzurechnen bzw. im Ausmass von Fr. 200.- zurückzuerstatten. Der verbleibende Anteil an den Gerichtskosten von Fr. 200.- ist von der Beschwerdegegnerin zu tragen.

7.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin auch Anspruch auf eine anteilige Parteientschädigung, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1).



Angemessen ist eine Entschädigung von Fr. 1'200.- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird insofern gutgeheissen, als dass die Beschwerdeführerin vom 1. März 2001 bis 31. August 2003 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 400.- und die Beschwerdegegnerin von Fr. 200.- zu bezahlen. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Gerichtskostenvorschuss in der Höhe von Fr. 200.- zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'200.- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.