



**Fall-Nr.:** IV 2012/127  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.06.2020  
**Entscheiddatum:** 28.08.2014

### **Entscheid Versicherungsgericht, 28.08.2014**

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Beweiswürdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Einkommensvergleich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. August 2014, IV 2012/127).**

Entscheid Versicherungsgericht, 28.08.2014

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug,  
Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Nadja Francke Zubair

#### **Entscheid vom 28. August 2014**

in Sachen

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

**Beschwerdeführerin,**

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend

**Rente**

**Sachverhalt:**



A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 17. September 2008 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 1). Die B.\_\_\_\_ ag, bei der die Versicherte seit 1979 vollzeitlich als visuelle Prüferin tätig gewesen war, hatte das Arbeitsverhältnis auf Ende Februar 2007 gekündigt. Im Kündigungsschreiben vom 29. November 2006 hatten die Verantwortlichen festgehalten, dass die Versicherte in den letzten Jahren vermehrt an gesundheitlichen Beschwerden, namentlich an immer wieder auftretenden Schwindelanfällen, gelitten habe. Aufgrund des Schwindels sei die Versicherte bereits mehrfach gestürzt und kurzzeitig ohnmächtig gewesen. Unter diesen Umständen sei es zu gefährlich, in einem Produktionsbetrieb zu arbeiten (IV-act. 8). Gemäss dem Arbeitgeberbericht vom 16. Oktober 2008 hatte die Versicherte von der B.\_\_\_\_ ag eine freiwillige Entschädigungszahlung in der Höhe von Fr. 20'000.-- erhalten. Diese war an die offenbar eingehaltene Bedingung geknüpft gewesen, dass die Versicherte während der Kündigungsfrist keine Absenzen hätte (IV-act. 8-7).

A.b Der Rheumatologe Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, nannte in seinem Bericht vom 16. Oktober 2008 die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnosen eines chronischen Zervikovertebralsyndroms bei muskulären Dysbalancen und segmentalen Dysfunktionen, ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom links bei Fehlform, muskulären Dysbalancen und leichten degenerativen Veränderungen der LWS, sowie den Verdacht auf eine nichtorganische Schmerzkomponente, Überforderungsproblematik. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten gab er beginnende Finger-Polyarthrosen an. Betreffend die Arbeitsfähigkeit hielt er fest, dass anlässlich der letzten Untersuchung, welche allerdings über 1,5 Jahre zurückliege, keine wesentliche Einschränkung bestanden habe (IV-act. 11-3). Am 8. Dezember 2008 gab der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. D.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, als Diagnose ein seit über 20 Jahren bestehendes chronisches zervikovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom an. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei eine chronische Otitis media simplex beidseits mit chronischen Trommelfelldefekten sowie Migräne ohne Aura. Er hielt fest, dass zur Klärung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten ergänzende medizinische Abklärungen angezeigt seien (IV-act. 16). Der Regionale



Ärztliche Dienst der IV-Stelle (RAD) hielt am 18. Januar 2009 zur medizinischen Aktenlage fest, dass weder vom Rheumatologen noch vom Hausarzt schwerwiegende Befunde hätten erhoben werden können. Eine relevante psychische Problematik dürfte auch nicht vorliegen, jedenfalls finde keine fachärztliche Behandlung statt. Unter diesen Umständen sei davon auszugehen, dass die Versicherte in einer leidensadaptierten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig sei (IV-act. 17). Mit einer Verfügung vom 28. Februar 2009 wies die IV-Stelle das Rentengesuch der Versicherten ab (IV-act. 20).

A.c Die von der Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wurde vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit einem Entscheid vom 23. November 2010 in dem Sinn gutgeheissen, dass die Verfügung vom 28. Februar 2009 aufgehoben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen und zur anschliessenden neuen Verfügung an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde. In den Erwägungen hielt das Versicherungsgericht fest, es sei ergänzend abzuklären, ob die nach Angaben der Arbeitgeberin zur Kündigung veranlassende Schwindelproblematik der Versicherten in einem Zusammenhang mit dem chronischen Ohrenleiden stehe. In rheumatologischer Hinsicht sei die Aktenlage ebenfalls nicht hinreichend klar. Die Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ basiere auf einer einmaligen, im Verfügungszeitpunkt zwei Jahre zurückliegenden Konsultation. In Bezug auf die HWS seien keine bildgebenden Verfahren durchgeführt worden. Zudem sei nicht abgeklärt worden, ob die im Februar 2007 festgestellten beginnenden klinischen Finger-Polyarthrosen fortgeschritten seien und mittlerweile die Arbeitsfähigkeit der Versicherten einschränkten. In psychiatrischer Hinsicht sei die Versicherte trotz der vorliegenden Verdachtsdiagnose einer somatoformen Schmerzstörung nie untersucht worden. Folglich seien auch weitere psychiatrische Abklärungen angezeigt (IV-act. 32).

A.d Aufgrund dieses Entscheids veranlasste der RAD eine polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten (IV-act. 34). Diese fand vom 4. bis 6. April 2011 in der MEDAS Ostschweiz statt. Das entsprechende Gutachten vom 16. September 2011 wurde von der MEDAS am 28. Oktober 2011 aufgrund von Mängeln im psychiatrischen Fachgutachten als Ganzes zurückgezogen (IV-act. 40). Am 16. November 2011 wurde die Versicherte nochmals psychiatrisch begutachtet. Das überarbeitete Gesamtgutachten erstattete die MEDAS-Ostschweiz in der Folge am 11. Januar 2012. Demgemäss gaben die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der



Versicherten an: Chronisches beidseitiges lumboischialgieformes, zervikovertebrales und -spondylogenes Schmerzsyndrom, Oligoarthralgien unklarer Ätiologie (Schulter links, Handgelenk links, Knie rechts, OSG links), rezidivierender Schwindel unklarer Ätiologie sowie Migräne überwiegend ohne und teils mit möglicher visueller Aura. Es wurde festgehalten, dass der neurologische Gutachter bei widersprüchlichen Angaben der Versicherten betreffend die Dauer der Schwindelattacken und das Ansprechen auf die medikamentöse Behandlung eine leichtgradige Hypakusis rechts, symmetrisch normale Reflexe und keinen pathologischen Nystagmus gefunden habe. Es bleibe letztlich unklar, ob es sich bei den von der Versicherten geschilderten Schwindelbeschwerden um ein funktionell fixiertes Relikt nach früher diagnostiziertem benignen paroxysmalem Lagerungsschwindel, um einen funktionellen Schwindel oder um Symptome einer sonst allerdings zumindest überwiegend ohne Aura ablaufenden vestibulären Migräne handle. Differentialdiagnostisch sei auch eine hypertensive Komponente bei medikamentös adäquat behandelte arterielle Hypertonie in Erwägung zu ziehen. Ein Zusammenhang mit der chronischen Otitis media simplex beidseits sei unwahrscheinlich bei fehlenden Verdachtsmomenten für das Vorliegen einer Bogengangsarrosion oder eines Cholesteatoms. Bezüglich der diagnostizierten Migräne fänden sich aufgrund des Verlaufs, der Befunde und der bis auf unbedeutende kleinen Glioseherde normalen kraniozerebralen Kernspintomographie (10/07) keine Hinweise für das Vorliegen organischer Ursachen. Betreffend die Rückenbeschwerden sei bei der aktuellen Begutachtung einzig eine leicht eingeschränkte lumbale Lateralflexion nach rechts bei im Übrigen harmonischer, uneingeschränkter Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte sowohl global wie segmental festgestellt worden. Zudem habe sich eine Wirbelsäulenfehlstatik im Sinne einer akzentuierten thorakalen Kyphose mit Hyperkyphose des zervikothorakalen Übergangs und leichter Kopfprotraktion gezeigt. Radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptome seien nicht fassbar gewesen. In den ergänzend angefertigten Röntgenaufnahmen der HWS und LWS seien eine lediglich initiale spondylotische Veränderung der distalen LWS, Spondylarthrosen der mittleren/distalen HWS und distalen LWS sowie eine initiale Atlantodentalarthrose festgestellt worden. Bei der körperlichen Untersuchung hätten sich aber auch Hinweise auf eine nichtorganische Schmerzkomponente ergeben. Für die von der Versicherten geschilderten Arthralgien (Schulter links, Handgelenk links, Knie rechts, OSG links) hätten sich weder klinisch



noch radiologisch ein adäquates organisches Korrelat gefunden. Sowohl klinisch als auch radiologisch hätten leichte degenerative Veränderungen im Sinne einer Finger-Polyarthrose vom Heberden- und Bouchardtyp imponiert. Hinweise für das Vorliegen posttraumatischer ossärer Läsionen oder einer Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis gebe es keine. Der psychiatrische Gutachter habe eine Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion diagnostiziert, welche aber keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirke. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte in jeder Tätigkeit vollständig arbeitsfähig. Aus somatischer Sicht lasse sich eine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit quantitativ nicht begründen. Qualitativ sei die Versicherte in körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne kraftanfordernde manuelle Tätigkeiten und ohne längere Arbeiten in extendierter HWS-Stellung bzw. mit repetitiven HWS-Rotationen und Flexionen/Extensionen vollumfänglich arbeitsfähig. Die Migräne könne bei stärkerer Intensität gelegentlich zu Arbeitsausfällen führen, sofern sie therapeutisch nicht wesentlich beeinflussbar sein sollte (IV-act. 41). Gemäss seiner Stellungnahme vom 16. Januar 2012 erachtete der RAD das Gutachten vom 11. Januar 2012 als umfassend, konsistent, nachvollziehbar und in sich widerspruchsfrei (IV-act. 42).

A.e Mit einem Vorbescheid vom 10. Februar 2012 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht. Zur Begründung führte sie an, die ergänzenden medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass keine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen sei und dass in einer adaptierten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (IV-act. 45). Dagegen erhob die Versicherte am 23. Februar 2012 Einwand (IV-act. 46). Mit einer Verfügung vom 27. März 2012 wies die IV-Stelle das Rentengesuch der Versicherten ab (IV-act. 47).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 5. April 2012. Darin beantragte die Beschwerdeführerin sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 27. März 2012 sowie die Zusprache einer Rente. Sie machte im Wesentlichen geltend, es sei ihr aufgrund ihrer Beschwerden, insbesondere ihrer starken Kopfschmerzen und der Schwindelanfälle, nicht möglich, 100% zu arbeiten (act. G 1).



B.b Am 15. Mai 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung hielt sie fest, das zweite MEDAS-Gutachten (vom 11. Januar 2012) sei ausführlich abgefasst und die Schlussfolgerungen zusammen mit den Arbeitsfähigkeitsschätzungen erschienen als begründet. Insbesondere habe die MEDAS zu Recht die Arbeitsfähigkeitsschätzung im ersten und zurückgezogenen psychiatrischen Fachgutachten kritisiert. Dort sei als einzige psychiatrische Diagnose ein Mischbild von depressiven, depressiv-somatischen sowie depressiv-ängstlichen Symptomen aufgeführt worden. Im zweiten MEDAS-Gutachten werde diesbezüglich ausgeführt, die depressiven Symptome der Beschwerdeführerin seien als Reaktion auf eine schwierige psychosoziale Situation zurückzuführen. Es sei lediglich eine leichte depressive Symptomatik festgestellt worden. Eine Depression mit einem solchen Schweregrad stelle gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts keine invalidisierende psychische Erkrankung dar. Bei der Beschwerdeführerin liege schergewichtig eine psychosoziale Problematik vor, die für sich allein keine Invalidität begründe. Die Beschwerdeführerin nehme auch keine Antidepressiva ein und sei nicht in psychiatrischer Behandlung, was gegen einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden spreche. Somit sei der Beschwerdeführerin mit dem zweiten psychiatrischen Fachgutachten zu Recht eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert worden, zumal auch andere Faktoren (Förster-Kriterien), welche die ansonsten zumutbare Willensanstrengung für die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit behindern könnten, bei der Beschwerdeführerin nicht in der notwendigen Intensität vorlägen. Weil auch für die von der Beschwerdeführerin in den Vordergrund gestellten Schwindelbeschwerden und Kopfschmerzen kein somatisches Korrelat habe gefunden werden können, sei die MEDAS zu Recht von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer rückenadaptierten Tätigkeit ausgegangen (act. G 5).

B.c Die Beschwerdeführerin verzichtete auf die Einreichung einer Replik (act. G 7).

### **Erwägungen:**

1.

1.1 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der 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% auf eine Viertelsrente. Gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist zur Bemessung des Invaliditätsgrades das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

1.2 Das ausschlaggebende Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens – und damit indirekt des Invaliditätsgrades – ist grundsätzlich der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit, so dass dessen Ermittlung normalerweise den ersten Schritt bei der Erhebung des massgebenden Sachverhalts bildet. Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit und der Invalidität bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des 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 E. 3a).

2.

2.1 Zu klären ist im Folgenden die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt. Die Beschwerdegegnerin hat sich auf das MEDAS-Gutachten vom 11. Januar 2012 ge-



stützt und ist von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit ausgegangen.

2.2 In somatischer Hinsicht ist die Beschwerdeführerin neurologisch und rheumatologisch untersucht worden. In neurologischer Hinsicht sind insbesondere die von der Beschwerdeführerin vordergründig beklagten Schwindelbeschwerden und Kopfschmerzen abgeklärt worden. Bezüglich der Kopfschmerzen hat der neurologische Gutachter festgehalten, dass sich aufgrund der Symptomatik, des Verlaufs, der Befunde und der bis auf unbedeutende kleine Gliosen normal ausgefallenen kraniozerebralen Kernspintomografie von Oktober 2007 keine Hinweise auf organische Ursachen wie insbesondere einen intrakraniellen Tumor oder einen entzündlichen Prozess gezeigt hätten. Die Migräne könne bei stärkerer Intensität gelegentlich situativ zu Arbeitsausfällen führen, sofern sie therapeutisch nicht wesentlich beeinflussbar sein sollte (vgl. IV-act. 39-38). Der Gutachter hat weitere medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt, welche gemäss seinen Ausführungen zu einer Besserung der Migräne führen könnten (vgl. IV-act. 39-39). Jedoch hat er die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin selbst im Falle, dass die Migräne medikamentös nicht wesentlich beeinflussbar sein sollte, nicht andauernd, sondern lediglich gelegentlich situativ und bei stärkerer Intensität der Kopfschmerzen als aufgehoben erachtet. Diese Einschätzung ist angesichts der von der Beschwerdeführerin angegebenen Häufigkeit der Kopfschmerzen von durchschnittlich zweimal pro Monat über je drei Tage andauernd nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin hat auch angegeben, dass die Kopfschmerzen unter Bettruhe im Dunkeln und der Einnahme von Medikamenten (Paspertin und eine Stunde später Dafalgan) nach zwei bis drei Stunden abklängen (vgl. IV-act. 39-33). Somit ist davon auszugehen, dass die Kopfschmerzen in ihrer Intensität und Dauer grundsätzlich mit Medikamenten behandelt werden können, auch wenn bisher noch nicht die optimale medikamentöse Therapie gefunden worden ist. Eine invaliditätsrelevante andauernde Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Kopfschmerzen lässt sich jedenfalls nicht begründen.

2.3 Bezüglich der Schwindelbeschwerden hat der neurologische Gutachter keine objektive Ursache feststellen können. Er hat ausgeführt, es sei nicht eindeutig zu entscheiden, ob es sich beim Schwindel um ein persistierendes psycho-vegetativ bzw. ein funktionell fixiertes Relikt eines im Jahr 1999 diagnostizierten peripher-paroxysmalen



Lagerungsschwindels, um eine davon unabhängige anderweitige funktionelle Angelegenheit oder/und um ein Symptom der sonst allerdings zumindest überwiegend ohne Aura ablaufenden vestibulären Migräne handle. Aufgrund der Symptomatik, des Verlaufs und der früheren und aktuellen Befunde bestünden keine Hinweise auf einen Morbus Menière, einen gegenwärtigen peripher-paroxysmalen Lagerungsschwindel oder sonstige peripher und auf zentral-vestibuläre, zerebelläre, extrapyramidalmotorische, spinale oder andere zentralnervöse sowie peripher-neurogene Ursachen. Einen Zusammenhang des Schwindels mit der chronischen Otitis media sei ganz unwahrscheinlich, da der Verlauf und die wiederholten ORL-ärztlichen Untersuchungen verschiedenenorts sowie die früheren und aktuellen Befunde keine Verdachtsmomente auf eine Bogengangsarrosion ergeben hätten bzw. ergäben (vgl. IV-act. 39-38 f.). Aufgrund des Umstands, dass die Schwindelbeschwerden nicht zu objektivieren gewesen sind, ist der neurologische Gutachter davon ausgegangen, dass sich diese unmöglich von den psychischen Störungen abgrenzen liessen. Dafür spricht auch, dass die Beschwerdeführerin gemäss den gutachterlichen Ausführungen offensichtlich widersprüchliche Angaben betreffend die medikamentöse Beeinflussbarkeit des Schwindels gemacht hat. Einerseits hat sie angegeben, dass das Medikament Bertasec keine Wirkung auf den Schwindel gezeigt habe, andererseits hat sie davon berichtet, dass der Schwindel unter einer früheren medikamentösen Behandlung weitgehend abgeklungen sei (IV-act. 39-37 f.). Es ergibt sich zusammenfassend, dass der Schwindel in keinem der multidisziplinären Fachgebiete objektivierbar gewesen ist. Die von der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang geklagten Beschwerden können deshalb bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt werden.

2.4 Schliesslich hat der neurologische Gutachter auch bezüglich der von der Beschwerdeführerin geklagten verschiedenen peri-/artikulären Beschwerden keine objektivierbaren Befunde erheben können. Er hat festgehalten, ein Substrat der linksseitigen Bein-/Fussparästhesien sei nicht auszumachen. Bei der vollkommen diffus-zirkulären Ausbreitung der Beschwerden ohne eine nachweisbare Sensibilitätsstörung oder andere erhellende Befunde fänden sich keine Indizien für Affektionen der peripheren Nerven, des Lumbosacralplexus oder der Lumbosacralnerven oder für zentralnervöse Ursachen welcher Natur auch immer. Diese



Beschwerden begründen gemäss dem Gutachter ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 39-38).

2.5 In rheumatologischer Hinsicht hat die Untersuchung der Rückenbeschwerden der Beschwerdeführerin im Vordergrund gestanden. Im Rahmen der Begutachtung sind zunächst ergänzende bildgebende Untersuchungen der HWS und LWS durchgeführt worden. Der rheumatologische Gutachter hat anhand der angefertigten Röntgenbilder jedoch keine objektiven Befunde feststellen können, mit welchen die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen hinreichend erklärbar wären. Er hat festgehalten, es habe sich eine lediglich initiale spondylotische Veränderung der distalen LWS, Spondylarthrosen der mittleren/distalen HWS und distalen LWS sowie eine initiale Atlantodentalarthrose gezeigt. In der klinischen Untersuchung sei einzig eine leicht eingeschränkte lumbale Lateralflexion nach rechts bei im Übrigen harmonischer und uneingeschränkter Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte festzustellen gewesen. Bezüglich der von der Beschwerdeführerin angegebenen HWS-Beschwerden sei eine Wirbelsäulenfehlstatik im Sinne einer akzentuierten thorakalen Kyphose mit Hyperkyphose des zervikothorakalen Übergangs und leichter Kopfprotraktion gefunden worden (vgl. IV-act. 41-20). Wie bereits der im Jahr 2007 voruntersuchende Rheumatologe Dr. C.\_\_\_\_ hat auch der rheumatologische Gutachter Hinweise für eine nichtorganische Schmerzkomponente bei der Beschwerdeführerin gesehen: So sei die körperliche Leistungsfähigkeit von der Beschwerdeführerin selber ausgesprochen tief eingeschätzt worden und habe weit unterhalb der Belastungsgrenze für eine leichte körperliche Tätigkeit gelegen (vgl. IV-act. 41-20, 11). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die Schmerzangaben der versicherten Person für sich allein nicht genügen, um eine IV-rechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsüberprüfung verlangt werden, dass Schmerzangaben durch damit korrelierende, schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind. Andernfalls wäre eine rechtsgleiche Beurteilung von Rentenansprüchen nicht gewährleistet (Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2. Aufl., Art. 28a S. 353). Betreffend die von der Versicherten geschilderten Arthralgien (Schulter links, Handgelenk links, Knie rechts, OSG links) hat der Gutachter festgehalten, dass sich weder klinisch noch radiologisch ein adäquates organisches Korrelat gefunden habe. Es lägen aber objektiv nachweisbare leichte degenerative Veränderungen im Sinne



einer Finger-Polyarthrose vom Heberden- und Bouchardtyp vor (vgl. IV-act. 41-20). Der rheumatologische Gutachter ist zum Schluss gekommen, dass sich eine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit quantitativ nicht begründen lasse. Aufgrund der erhobenen objektivierbaren Befunde ergäben sich lediglich qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei demnach in körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne kraftanfordernde manuelle Tätigkeiten und ohne längere Arbeiten in extendierter HWS-Stellung bzw. mit repetitiven HWS-Rotationen und Flexionen/Extensionen vollständig arbeitsfähig (vgl. IV-act. 41-21). Diese Einschätzung stimmt mit der Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ im Arztbericht vom 16. Oktober 2008 überein. Zwar dürfte die damals diagnostizierte beginnende Finger-Polyarthrose offenbar ein wenig vorangeschritten sein, da der Gutachter sie neu als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt hat (vgl. IV-act. 41-18). Jedoch hat er ausdrücklich festgehalten, dass er der Finger-Polyarthrose bei der Beurteilung der qualitativen Einschränkungen dahingehend Rechnung getragen habe, dass die Beschwerdeführerin kraftanfordernde manuelle Tätigkeiten vermeiden solle (vgl. IV-act. 41-22). Eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt sich demnach nicht, was nachvollziehbar ist, da es sich auch im Begutachtungszeitpunkt lediglich um leichtgradige degenerative Veränderungen gehandelt hat (vgl. IV-act. 41-20). Im Übrigen sind die Ausführungen und Schlussfolgerungen des rheumatologischen Gutachters nachvollziehbar und plausibel.

2.6 Aus somatischer Sicht haben die Gutachter der Beschwerdeführerin gesamthaft eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten attestiert. Dabei sind die objektivierbaren rheumatologischen Befunde im Sinne von qualitativen Einschränkungen berücksichtigt worden. Überdies ist in neurologischer Hinsicht darauf hingewiesen worden, dass es gelegentlich situativ zu Arbeitsausfällen bei Migräne von stärkerer Intensität kommen könne (vgl. IV-act. 41-21). Auf diese Arbeitsfähigkeitsschätzung aus somatischer Sicht ist abzustellen.

2.7 In psychiatrischer Hinsicht wurde die Beschwerdeführerin gleich zwei Mal in der MEDAS Ostschweiz begutachtet (5. April und 16. November 2011). Das erste Gutachten wurde von der MEDAS aufgrund von Qualitätsmängeln zurückgezogen und hat daher keinen Beweiswert. Folglich ist es bei der Würdigung nicht zu berücksichtigen. Med. prakt. E.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welcher die zweite und vor-



liegend massgebliche Begutachtung durchgeführt hat, hat im Fachgutachten vom 7. Dezember 2011 festgehalten, es liege eine Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion vor, welche sich jedoch nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirke. Eine somatoforme Schmerzstörung bestehe nicht. Die Kopfschmerzen könnten ausreichend somatisch erklärt werden (Migräne). Der Schwindel imponiere als Schwankschwindel und entspreche keiner psychiatrischen Diagnose, insbesondere könne der Schwindel nicht einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung zugerechnet werden. Die Rückenschmerzen im Bereich der LWS seien zwar nicht ausreichend somatisch erklärbar, jedoch hingen sie gemäss eigenen Angaben der Beschwerdeführerin nicht von der psychischen Verfassung ab und seien somit auch nicht im Rahmen eines emotionalen Konfliktes oder einer psychosozialen Belastungssituation anzusehen. Daher könne auch bezüglich der Rückenschmerzen keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden (vgl. IV-act. 41-26). Zur Frage, ob die Diagnose in der Vergangenheit je gegeben gewesen ist, hat er sich nicht geäussert. Dies spielt jedoch keine Rolle, da sich die – wenn überhaupt je vorgelegene – somatoforme Schmerzstörung jedenfalls nie arbeitsfähigkeitsrelevant ausgewirkt hat. Dies zeigt sich u.a. darin, dass es der Beschwerdeführerin nach der Kündigung durch die Arbeitgeberin am 29. November 2006 (vgl. IV-act. 8-9) gesundheitlich möglich gewesen ist, während der gesamten dreimonatigen Kündigungsfrist, d.h. bis Ende Februar 2007, ohne Absenzen zu 100% arbeitstätig zu sein (vgl. IV-act. 8-7). Offenbar hat sie trotz der durch die Kündigung ausgelösten Belastungssituation den Willen aufbringen können, die Schmerzen vollumfänglich zu überwinden. Vor diesem Hintergrund erübrigt sich auch eine Prüfung der Förster-Kriterien. Med. prakt. E.\_\_\_\_ hat weiter festgehalten, dass die Diagnose einer depressiven Episode insgesamt nicht gestellt werden könne. Von den drei Hauptkriterien einer depressiven Episode erfülle die Beschwerdeführerin das Kriterium einer betäubten Stimmung nur teilweise und die beiden anderen Kriterien eines reduzierten Antriebs und des Verlustes, Freude zu verspüren, gar nicht (vgl. IV-act. 41-27). Med. prakt. E.\_\_\_\_ hat nur geringfügige Befunde, namentlich eine leicht bedrückte Stimmung und ein leicht reduzierter Antrieb, erheben können (vgl. IV-act. 41-27). Es ist daher nachvollziehbar, dass die Diagnose einer depressiven Episode nicht gestellt werden kann. Med. prakt. E.\_\_\_\_ hat festgehalten, dass die bei der Beschwerdeführerin vorliegenden depressiven Symptome als reaktiv zu beurteilen und



auf ihre Schuldensituation zurückzuführen seien, da sie durch die Schulden sehr belastet sei. Da es für die depressiven Symptome eine Ursache gebe, sei die Diagnose einer Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion (ICD 10 F 43. 21) zu stellen. Zu dieser Diagnose passe auch, dass die Beschwerdeführerin in ihren alltäglichen Verrichtungen aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt sei, dass keine psychiatrische Behandlung empfohlen worden sei und dass die Beschwerdeführerin selbst der Meinung sei, keine psychiatrische Erkrankung zu haben (vgl. IV-act. 41-28). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hat med. prakt. E.\_\_\_\_ festgehalten, dass die diagnostizierte Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bewirke. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin sowohl in der zuletzt durchgeführten Tätigkeit als visuelle Prüferin als auch in allen anderen Tätigkeiten zu 100% arbeitsfähig (vgl. IV-act. 41-28). Die medizinischen Ausführungen sowie die Arbeitsfähigkeitsschätzung von med. prakt. E.\_\_\_\_ sind überzeugend begründet und schlüssig.

2.8 Zusammengefasst erscheint das MEDAS-Gutachten vom 11. Januar 2012 sowohl in somatischer als auch psychiatrischer Hinsicht als umfassend, differenziert, nachvollziehbar und in sich widerspruchsfrei. Insbesondere sind auch die mit dem Entscheid des Versicherungsgerichts vom 23. November 2010 festgestellten Lücken in der Sachverhaltsabklärung durch das vorliegende Gutachten geschlossen worden. Vor diesem Hintergrund ist auf das Gutachten und die darin attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer somatisch leidensangepassten Tätigkeit abzustellen.

3.

3.1 Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades ist im Folgenden ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Das Valideneinkommen orientiert sich in der Regel am zuletzt erzielten Einkommen. Gemäss dem Arbeitgeberbericht vom 16. Oktober 2008 hat die Beschwerdeführerin im Jahr 2006 einen Monatslohn von Fr. 4'025.-- + Fr. 450.-- Schichtzulage verdient (vgl. IV-act. 8-3). Dies ergibt ein Jahreseinkommen von Fr. 58'175.-- (13 x Fr. 4'475.--). Da die Beschwerdeführerin seit Februar 2007 nicht mehr erwerbstätig gewesen ist, sind für die Bestimmung des Invalideneinkommens die



statistischen durchschnittlichen Tabellenlöhne gemäss den Lohnstrukturerhebungen (LSE) des Bundesamtes für Statistik heranzuziehen. Die Beschwerdeführerin hat keine Ausbildung absolviert und ist als Hilfsarbeiterin zu qualifizieren. Im Jahr 2006 haben Frauen in Hilfstätigkeiten ein durchschnittliches Jahreseinkommen in Höhe von Fr. 50'278.-- erzielt (vgl. Anhang 2 [Lohnentwicklung] zu der von der Informationsstelle AHV/IV herausgegebenen Gesetzestextausgabe 2012). Dieses Einkommen ist ausgehend von der 100%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Invalideneinkommen zu betrachten.

3.2 Stellt man die beiden Vergleichseinkommen einander gegenüber, so resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 7'897.--. Dies entspricht einem Invaliditätsgrad von rund 14%. Ein unter 40% liegender Invaliditätsgrad vermag keinen Rentenanspruch zu begründen (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG). Selbst mit einem maximalen Tabellenlohnabzug von 25% läge der Invaliditätsgrad noch unter 40% (Valideneinkommen: Fr. 58'175.--, Invalideneinkommen: Fr. 37'709.-- [Fr. 50'278.-- - 25%], Erwerbseinbusse: Fr. 20'466.--, Invaliditätsgrad: 35%). Die angefochtene Verfügung vom 27. März 2012 erweist sich folglich als rechtmässig.

4.

4.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint bei dem vorliegenden durchschnittlichen Beurteilungsaufwand angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP/sGS 951.1]). Mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- sind die Gerichtskosten beglichen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

**entschieden:**



1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist mit dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss beglichen.