



Fall-Nr.: IV 2007/86
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 23.06.2020
Entscheiddatum: 18.08.2008

Entscheid Versicherungsgericht, 18.08.2008

Vorliegen diverser ärztlicher Berichte, die gegenüber dem der ursprünglichen Verfügung zugrunde liegenden Gutachten eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten attestieren. Die Stellungnahme des RAD, wonach sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten nicht geändert habe und nach wie vor von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, kann bei dieser Sachlage nicht überzeugen. Es ist vielmehr auf die nachträglich eingereichten, im Wesentlichen übereinstimmenden ärztlichen Berichte abzustellen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. August 2008, IV 2007/86). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C_803/2008.

Präsident Franz Schlauri, Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus,
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Christina Angst

Entscheid vom 18. August 2008

in Sachen

S.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Fredy Fässler, Oberer Graben 42, 9000 St. Gallen,

gegen

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



St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a Die 1967 geborene S.____ meldete sich am 24. Mai 2002 bei der Invalidenversicherung an und beantragte namentlich eine Rente. Sie gab an, im ehemaligen Jugoslawien von 1975 bis 1982 die Schule besucht und danach eine Anlehre als Schneiderin gemacht zu haben. 1992 sei sie definitiv in die Schweiz gekommen, wobei sie schon in den Jahren 1990 und 1991 während einiger Monate in der Schweiz gearbeitet habe. Seit Januar 2002 sei sie wegen Rücken-, Nacken- und Kniebeschwerden voll arbeitsunfähig (act. G 5.1/1).

A.b Im Fragebogen für den Arbeitgeber vom 11. Juni 2002 (act. G 5.1/6) gab die A.____ an, die Versicherte sei vom 1. Februar 2001 bis 31. August 2002 als Hilfsarbeiterin in der Endkontrolle X.____ bei ihr beschäftigt gewesen. Ihr letzter effektiver Arbeitstag sei der 14. Januar 2002 gewesen. Das Arbeitsverhältnis sei wegen Kapazitätsproblemen durch den Arbeitgeber aufgelöst worden. Die Versicherte habe bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 41 Stunden vom 1. Februar 2001 bis 31. Mai 2002 Fr. 65'887.10 verdient, wobei in diesem Betrag eine einmalige Gewinnbeteiligung enthalten sei. Auf telefonische Anfrage der IV-Stelle hin erklärte der Arbeitgeber am 29. Januar 2004 (act. G 5.1/36 und 38), die Versicherte habe im Jahr 2002 monatlich Fr. 3'820.-- brutto verdient. Im Jahr 2004 würde der Jahreslohn Fr. 52'000.-- brutto betragen.

A.c Dr. med. B.____, Spezialarzt FMH für Anästhesiologie, teilte mit Arztbericht vom 12. Juli 2002 (act. G 5.1/7) mit, die Versicherte leide an einem LWS-Syndrom mit mehreren Diskushernien und einem Status nach Unfall mit schmerzhafter Heilung. Seit dem 10. Mai 2002 und bis auf Weiteres sei sie deswegen zu 100% arbeitsunfähig. Die Versicherte sei seit dem 10. Mai 2002 bei ihm in Behandlung, ihr Zustand verschlechtere sich, die Prognose sei schlecht. Sie leide an mehreren Diskushernien im



St.Galler Gerichte

LWS-Bereich mit grotesk falscher Haltung und an einem HWS-Syndrom. Bei der bisherigen Tätigkeit leide sie deswegen an Schmerzen, diese sei nicht mehr zumutbar. Andere Tätigkeiten seien der Versicherten zumutbar, es bestehe aber eine verminderte Leistungsfähigkeit.

Dr. med. C.____, Allgemeinmedizin FMH, hielt in seinem Arztbericht vom 11. November 2002 (act. G 5.1/11) fest, die Versicherte leide seit 2001 an einem cervicalen und lumbovertebralen Schmerzsyndrom sowie an einem St. nach Operation des rechten Knies im Jahr 1993 und einer Medialisierung der Tuberositas tibiae im Jahr 2002. Diese Diagnosen hätten Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei der Ulcus duodeni im Jahr 1996. Vom 21. Januar bis 5. Mai 2002 sei die Versicherte wegen der Kniebeschwerden, seit dem 9. Mai 2002 wegen Rückenbeschwerden zu 100% arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Arbeitsunfähigkeit werde von den LWS- und HWS-Beschwerden begründet. Die Versicherte sei deswegen aber seit über sechs Monaten nicht mehr bei ihm in Behandlung, weshalb er keine Aussagen zur Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit und zur Art einer adaptierten Tätigkeit machen könne. Seinem Bericht legte Dr. C.____ die Schreiben von Dr. med. D.____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Rheumkrankheiten, vom 14. Mai 2002, von Dr. med. E.____, Innere Medizin, speziell Rheumatologie FMH, vom 11. und 22. April 2002, der Radiologie der Klinik Stephanshorn, St. Gallen, vom 26. April 2002 und der Orthopädie des Kantonalen Spitals Rorschach vom 22. Januar und 12. Juni 2002 bei. Dr. D.____ diagnostizierte bei der Versicherten ein myofasiales Schmerzsyndrom lumbosacral links und cervikothorakal linksbetont und hielt fest, ein radikuläres Problem liege nicht vor und auch Gelenke dürften nicht mitbeteiligt sein. Von den drei gängigen Schmerzursachen muskulär verursachter Schmerzen (Überlastung, traumatische Überdehnung und psychische Spannung) dürfte die psychische Spannung möglicherweise eine grössere Rolle spielen, er hätte ein bisschen den Eindruck, dass die Versicherte aspektmässig etwas nach depressiver Stimmungslage wirke. Das doch schon chronische Schmerzsyndrom sei nicht eine zwingende Ursache für eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit. Dr. E.____ hielt als Diagnosen ein chronisches Panvertebralsyndrom bei Skoliose, lumbosakraler Hyperlordose, segmentaler Dysfunktion und Tendenz zur Symptomausweitung, Medialisierung der Tuberositas tibiae nach Elmslie rechts am 22. Januar 2002 und einen Status nach Tonsillektomie



St.Galler Gerichte

fest. Die objektivierbaren pathologischen Befunde korrelierten nur zum Teil mit dem Ausmass der geschilderten subjektiven Beschwerden und pathologische Waddell-Tests hätten auf eine nicht organische Genese der Beschwerden hingewiesen. Aus rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht beeinträchtigt. Aufgefallen sei die deutlich depressive Grundstimmung der Versicherten. Die Radiologie der Klinik Stephanshorn führte eine lumbo-vertebrale Kernspintomografie durch. In ihrer Beurteilung hielt sie eine Osteochondrose Th12/L1 und eine kleinvolumige paramedian rechtsgelegene Diskushernie Th12/L1 ohne Nervenwurzelkompression fest. Im Übrigen liege ein altersentsprechend reguläres lumbovertebrales Kernspintogramm vor. Die Orthopädie des Kantonalen Spitals Rorschach führte am 22. Januar 2002 eine Arthroskopie und eine Medialisierung der Tuberositas tibiae nach Elmslie durch. Bei der Nachkontrolle wurde der Versicherten von Seiten des Kniegelenks eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert.

A.d Aufgrund dieser Arztberichte hielt der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) Ostschweiz am 14. Januar 2003 fest, bei der Versicherten liege eine psychisch/skelettale Problematik vor und empfahl eine bidisziplinäre psychiatrisch/rheumatologische Begutachtung.

A.e Diese Exploration wurde am 21. März 2003 von den Dres. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und G.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, durchgeführt. Dem Gutachten vom 1. April 2003 (act. G 5.1/28) ist zu entnehmen, dass die Versicherte an einer leichten Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), einem Status nach Knieoperation rechts 1993 sowie einem zervikalen und lumbovertebralen Schmerzsyndrom leidet. Aus medizinisch-rheumatologischer Sicht sei eine geringgradige Pathologie objektivierbar, jedoch sei die Versicherte diesbezüglich für leichte körperliche Tätigkeiten im bisherigen Rahmen nicht eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich das Bild einer leichten Somatisierungsstörung, differentialdiagnostisch könne eine Persönlichkeitsstörung diskutiert werden. Die Versicherte sei aus psychiatrischer sowie aus medizinisch-rheumatologischer Sicht, in Kontrastierung der subjektiv vorgebrachten Symptomatik, in körperlich leichten Tätigkeiten mit wechselnden (sitzenden und stehenden) Positionen im Prinzip voll arbeitsfähig.



St.Galler Gerichte

A.f Gestützt auf dieses Gutachten verfügte die IV-Stelle am 1. März 2004 (act. G 5.1/40), dass die Versicherte bei einem Invaliditätsgrad von 0% keinen Anspruch auf eine IV-Rente habe.

A.g Gegen diese Verfügung erhob S.____ am 15. März 2004 (act. G 5.1/44) Einsprache. Sie sei mit der Verfügung nicht einverstanden und ihre behandelnden Ärzte behaupteten, dass sie zu 100% arbeitsunfähig sei. Sie legte ihrem Schreiben die Adressen ihrer Ärzte bei und ersuchte die IV-Stelle, bei diesen Berichte einzufordern.

A.h Die IV-Stelle holte daraufhin Berichte der Psychiatrischen Klinik Wil sowie der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen ein. Die Psychiatrische Klinik Wil diagnostizierte in ihrem Bericht vom 8. Januar 2004 (act. G 5.1/48) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und attestierte der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Auch die Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen hielt in ihrem Bericht vom 19. März 2004 (act. G 5.1/47) als Diagnose eine somatoforme Störung (ICD-10: F45.8) bei Depression, Nacken-, Kreuz- und Oberschenkelschmerzen rechtsbetont mit Kraftlosigkeit fest. Klinisch-neurologisch sei der Befund unauffällig. Insgesamt falle eine depressive Stimmung auf, in deren Rahmen die Versicherte über Schmerzen im Hals, im Wirbelsäulen- und Kreuzbereich und in den Beinen klage, ohne dass sich objektive pathologische Befunde erheben liessen.

A.i Dr. med. F.____ hielt auf Anfrage hin am 12. Mai 2004 (act. G 5.1/50) fest, die Psychiatrische Klinik Wil komme zur selben Konklusion wie er und auf die anderen Berichte wolle er nicht eingehen.

A.j Nachdem Dr. med. H.____ trotz mehrmaliger Aufforderung durch die IV-Stelle keinen Bericht einreichte und der Rechtsvertreter der Versicherten auch einen Bericht von Dr. med. I.____ in Aussicht stellte, sistierte die IV-Stelle am 10. November 2004 (act. G 5.1/63) das Einspracheverfahren bis zum Vorliegen dieser Arztberichte.

B.

B.a Am 17. Dezember 2004 (act. G 5.1/65) reichte der Rechtsvertreter der Versicherten einen Bericht von Dr. med. H.____ vom 6. Dezember 2004 (act. G 5.1/64) ein. Diesem Bericht ist zu entnehmen, dass die Versicherte depressiv, psychomotorisch unruhig,



St.Galler Gerichte

innerlich verspannt und ängstlich sei. Ihre Beschwerden stünden nicht nur im Zusammenhang mit den körperlichen Symptomen, sondern seien Ausdruck einer Depression, die auf dem Boden einer Persönlichkeitsstörung entstanden sei. Dr. H.____ diagnostizierte eine depressive Störung mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11) auf dem Boden einer histrionischen Persönlichkeit und attestierte der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 9. Dezember 2003.

B.b Mit Schreiben vom 7. September 2006 (act. G 5.1/71) reichte der Rechtsvertreter der Versicherten diverse Arztberichte aus den Jahren 2004 bis 2006 ein. Der Bericht von Dr. med. J.____, Klinik Gais, wo sich die Versicherte vom 20. Februar bis 10. März 2006 aufgehalten hatte, diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11), einen Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und einen Verdacht auf undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1). Die Versicherte leide an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom, die sich im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung entwickelt habe. Der wichtigste Belastungsfaktor sei die schwierige familiäre Situation mit mangelnden Copingstrategien. Subjektiv fühle sich die Versicherte weiterhin 100% arbeitsunfähig, aus rein psychiatrischer Sicht wäre allerdings eine 50%ige Arbeit möglich. Dr. med. K.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Manuelle Medizin SAMM, hielt in ihrem Bericht vom 25. Juli 2006 ihrerseits fest, die Versicherte leide an einer chronischen Schmerzverarbeitungsstörung bei Fibromyalgie, posttraumatischem Zervikovertebralsyndrom seit 1995, Status nach Operation des linken Knies 2001 (Medialisierung der Tuberositas tibiae), kleiner Diskushernie C5/6 links paramedial sowie Hypermobilität C3/4 und C4/5 vor allem in Flexion.

B.c Der RAD führte auf Anfrage hin am 5. Oktober 2006 (act. G 5.1/72) aus, insgesamt hätten sich nach über zweijährigen Abklärungen keine rentenrelevanten neuen Gesichtspunkte ergeben. Die seit der Verfügung eingetroffenen medizinischen Unterlagen zeigten immer deutlichere Zeichen einer chronifizierten Schmerzverarbeitungsstörung. Im Austrittsbericht der Klinik Gais vom 11. Mai 2006 werde die Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode mit somatischen Symptomen gestellt, wobei explizit bestätigt werde, dass sich die mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom im Rahmen einer anhaltenden



somatoformen Schmerzstörung entwickelt habe. Akute episodische Verschlechterungen des psychischen Gesundheitszustandes könnten im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung auftreten und zu einer vorübergehenden Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit führen. Die Diagnose vom März 2006 stehe somit nicht im Widerspruch zur Diagnose und Beurteilung des Gesundheitszustandes zum Zeitpunkt der Rentenverfügung vom März 2004. An dieser Verfügung könne daher festgehalten werden.

B.d Mit Schreiben vom 15. Dezember 2006 (act. G 5.1/77) reichte der Rechtsvertreter der Versicherten einen weiteren Bericht von Dr. med. I.____ sowie einen Bericht von Dr. med. H.____ ein. Der Rechtsvertreter der Versicherten führte aus, beide Ärzte bestätigten, dass zumindest von einer Teilinvalidität auszugehen sei. Offensichtlich liege ein äusserst komplexes Beschwerdebild vor, weshalb an der Einsprache festgehalten und eventualiter eine umfassende interdisziplinäre Begutachtung beantragt werde. Dr. H.____ hielt in seinem Bericht vom 17. November 2006 fest, die Versicherte leide schon lange unter Depression und intensiven Angstgefühlen, chronischen Schmerzen sowie Störung der kognitiven Funktionen. Aus psychiatrischer Sicht sei sie nach wie vor zumindest zu 60% arbeitsunfähig. Die Prognose sei ungünstig und es sei nicht damit zu rechnen, dass die Arbeitsfähigkeit besser als 40% werde. Dr. I.____ führte in seinem Bericht vom 8. Dezember 2006 aus, während aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege, gehe der Psychiater von einer Arbeitsunfähigkeit von 60% aus. Die Gesamtarbeitsfähigkeit in einer körperlich nicht anstrengenden Tätigkeit betrage somit 30-35%.

B.e Mit Einspracheentscheid vom 16. Januar 2007 (act. G 1.1) wies der Rechtsdienst der Sozialversicherungsanstalt (SVA) St. Gallen die Einsprache der Versicherten ab. Die im Verlauf des Einspracheverfahrens zugestellten medizinischen Unterlagen seien vom RAD Ostschweiz zusammenfassend gewürdigt worden. Der RAD habe ausgeführt, dass die seit Erlass der angefochtenen Verfügung eingegangenen medizinischen Unterlagen immer deutlichere Zeichen einer chronifizierten Schmerzverarbeitungsstörung zeigten. In Bezug auf die Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode mit somatischen Symptomen im Austrittsbericht der Klinik Gais habe der RAD festgehalten, dass akute episodische Verschlechterungen des psychischen Gesundheitszustandes im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung



auftreten und zu einer vorübergehenden Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit führen könnten. Diese Diagnose stehe daher nicht im Widerspruch zur Diagnose und Beurteilung des Gesundheitszustandes zum Zeitpunkt der Rentenverfügung. Die medizinischen Abklärungen hätten aus somatischer Sicht keine Befunde geliefert, welche die geklagte Schmerzsymptomatik der Versicherten hinreichend erklären könnten. Eine diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung als solche vermöge aber in der Regel keine langdauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken. Da es sich bei einer mittelgradigen depressiven Episode definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden handle, sei die im Zusammenhang mit der somatoformen Schmerzstörung stehende mittelgradige depressive Episode nicht als mitwirkende, psychisch ausgewiesene schwerwiegende Komorbidität anzusehen. Hinweise, die auf einen sozialen Rückzug in allen Belangen oder auf einen primären Krankheitsgewinn schliessen liessen, bestünden nicht. Auch sei an der Ernsthaftigkeit der psychiatrischen Therapiebemühungen der Versicherten aufgrund ihres durch die Vielzahl von Konsultationen bei somatischen Fachärzten untermauerten Bestrebens, eine somatische Erklärung für ihre Beschwerden zu bekommen, zu zweifeln, so dass nicht von unbefriedigenden Behandlungsergebnissen trotz konsequent durchgeführter ambulanter oder stationärer Behandlungsbemühungen gesprochen werden könne. Die Versicherte erfülle somit nicht die Kriterien, welche eine willentliche Schmerzüberwindung unzumutbar machen würden. Es sei daher davon auszugehen, dass die Versicherte in einer körperlich leichten wechselbelastenden Tätigkeit voll arbeitsfähig sei. Von zusätzlichen medizinischen Abklärungen seien keine relevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten.

C.

Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die am 16. Februar 2007 (act. G 1) von Rechtsanwalt lic. iur. Fredy Fässler für die Betroffene erhobene Beschwerde mit den Anträgen, die Verfügung (recte: der Einspracheentscheid) vom 16. Januar 2007 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei ab dem 1. Mai 2001 eine ganze IV-Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit für ergänzende Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zudem seien der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung zu gewähren. Zur Begründung führt er aus, die Beschwerdeführerin sei seit geraumer Zeit in invaliditätsrechtlich relevanter Art und



Weise in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkt und habe daher Anspruch auf eine ganze IV-Rente. Insbesondere die psychischen Beeinträchtigungen seien bereits in einem früheren Zeitpunkt ausdrücklich anerkannt worden. Diesbezüglich verweise er auf das beigelegte psychiatrische Gutachten (act. G 1.3), das im Jahr 2005 von der Mobiliar Versicherung in Auftrag gegeben worden sei. Diesem Gutachten von Dr. med. L.____, FMH Psychiatria e psicoterapia, vom 12. Februar 2005 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4, differentialdiagnostisch ICD-10: F68.1) leidet. Vom rein psychiatrischen Standpunkt aus sei die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer bisherigen als auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig. Eine krankhafte Persönlichkeitsstruktur liege nicht vor. Zwischen den subjektiven Beschwerden und den erhobenen Befunden lägen Differenzen vor, welche eher als Tendenz zu sozialen Vorteilen (finanzielle Vorteile, bessere Lebensbedingungen etc.) denn als Störung der Persönlichkeitsstruktur zu qualifizieren seien.

Mit Beschwerdeergänzung vom 21. März 2007 (act. G 3) beantragt Rechtsanwalt lic. iur. Fredy Fässler für die Betroffene, die Verfügung (recte: der Einspracheentscheid) vom 16. Januar 2007 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei mit Wirkung ab dem 1. Januar 2003 eine ganze IV-Rente zuzusprechen, eventualiter sei die Angelegenheit für ergänzende Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zudem seien der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung zu gewähren. Die Haltung der IV-Stelle, dass von weiteren medizinischen Abklärungen keine relevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten seien, sei nicht haltbar. Aus dem Arztbericht von Dr. med. M.____ vom 16. März 2007 (act. G 3.2) gehe hervor, dass drei Testverfahren existierten, welche die von ihm diskutierten Läsionen der cervicalen Facettengelenke und der tiefen paravertebralen dorsalen Halsmuskulatur objektivieren könnten. Allein aus diesem Grund sei die Angelegenheit zur weiteren Sachverhaltsabklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Aus allein psychiatrischer Sicht werde die Beschwerdeführerin durch mehrere "unabhängige" Arztzeugnisse (Dr. med. J.____, Dr. med. L.____) zu 50% als arbeitsunfähig eingeschätzt. Dr. med. I.____ schätze in seinem Bericht vom 16. Februar 2007 (act. G 3.3) die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zufolge mangelhafter Konditionierung, depressiver Entwicklung, chronischer Panvertebralgie mit Ausstrahlung in Kopf und Arme sowie Selbstlimitierung auf 30-35% ein. Somit stehe fest, dass vorliegend nicht einwandfrei habe festgestellt



werden können, ob die Beschwerden der Beschwerdeführerin ausschliesslich psychischer Natur seien und die psychischen Beschwerden derart einschränkend seien, dass sie allein zu einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit führten. Die Ablehnung des Rentengesuchs durch die IV-Stelle sei daher wenig nachvollziehbar. Die beurteilenden Ärzte hätten sich vorliegend in keiner Weise dahingehend geäussert, dass die Beschwerdeführerin in der Lage wäre, ihre verbleibende Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt zu 100% zu verwerten. Im Gegenteil gingen sie von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus. Auch im Gutachten von Dr. F.____ vom 24. März 2003 sei "aus psychiatrischer Sicht die Arbeitsfähigkeit mindestens zu 80% gegeben". Somit könne in keiner Weise davon ausgegangen werden, dass es der Beschwerdeführerin zumutbar sei, ihre Schmerzen zu überwinden und wieder ins Berufsleben einzusteigen.

D.

Mit Beschwerdeantwort vom 28. März 2007 (act. G 5) beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Da das Krankheitsbild der Beschwerdeführerin nicht in das Fachgebiet eines Spezialarztes für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, wie es Dr. M.____ sei, falle, könne auf seine Beurteilung nicht abgestellt werden. Massgebend sei, dass der Neurologe Dr. I.____ in seinem Bericht vom 1. September 2006 die diagnostischen Abklärungen der Beschwerdeführerin, die in der Zeit vom 7. April 2004 bis 18. August 2006 bei ihm in Behandlung stand, als abgeschlossen bezeichnet habe. Vor diesem Hintergrund sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen, dass weitere medizinische Abklärungen auf neurologischer Ebene und allgemein in somatischer Hinsicht relevante neue Erkenntnisse im Sinne einer neuen somatischen Diagnose als Erklärung für die geklagte Schmerzsymptomatik der Beschwerdeführerin liefern würden. Im Übrigen werde auf die Erwägungen im angefochtenen Einspracheentscheid verwiesen.

E.

Mit Schreiben vom 4. Mai 2007 (act. G 7) teilt Rechtsanwalt lic. iur. Fredy Fässler mit, dass er an den Anträgen und Ausführungen in der Beschwerdeergänzung vom



21. März 2007 festhalte. Im Übrigen hat er aber auf die Erstattung einer Replik verzichtet.

F.

Am 30. Oktober 2007 (act. G 9) reicht der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eine Bestätigung der Klinik Teufen vom 26. September 2007 (act. G 9.1) ein. Gemäss dieser Bestätigung wurden bei der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), ein Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und ein Verdacht auf undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) diagnostiziert. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin 50% arbeitsfähig.

Erwägungen:

1.

Am 1. Januar 2008 ist die 5. IV-Revision in Kraft getreten. Dadurch sind im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) verschiedene Änderungen erfolgt. Da der streitige Einspracheentscheid am 16. Januar 2007, mithin vor dem 1. Januar 2008, erging, sind vorliegend noch die bis zum 31. Dezember 2007 geltenden materiellen Bestimmungen anwendbar (BGE 127 V 467 E. 1 und BGE 121 V 366 E. 1b).

2.

2.1 Gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann der Einkommensvergleich zur Ermittlung des Invaliditätsgrades erst erfolgen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen durchgeführt worden sind bzw. wenn aufgrund der Sachverhaltsabklärungen feststeht, dass keine Eingliederung möglich ist ("Eingliederung vor Rente"; vgl. U. Kieser, ATSG-Kommentar, N 15 zu Art. 16 und N 11 zu Art. 7). Mögliche Eingliederungsmassnahmen sind nach Art. 8 Abs. 3 IVG neben medizinischen Massnahmen Massnahmen beruflicher Art wie Berufsberatung, Umschulung und Arbeitsvermittlung. Allerdings ist die Arbeitsvermittlung nicht



geeignet, die behinderungsbedingte Erwerbseinbusse zu vermindern, denn sie bezweckt nur, die Verwertung einer bestehenden (Rest-) Erwerbsfähigkeit auf dem realen und aktuellen Arbeitsmarkt zu fördern.

2.2 Da sich die Beschwerdeführerin, obwohl ihr selbst die von ihr eingereichten ärztlichen Berichte (act. G 5.1/71) aus psychiatrischer Sicht noch eine Arbeitsfähigkeit von 50% und aus rheumatologischer Sicht sogar eine Arbeitsfähigkeit von 100% attestieren, aufgrund ihrer diversen Beschwerden zu 100% arbeitsunfähig fühlt und deshalb ihre Restarbeitsfähigkeit nicht in zumutbarem Umfang ausgeschöpft hat, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin vorliegend von Eingliederungsmassnahmen abgesehen hat.

3.

3.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, und derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente. Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist 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). Ist die versicherte Person vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung nicht erwerbstätig gewesen, gilt nach Art. 8 Abs. 3 ATSG die Unmöglichkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, als Invalidität.

3.2 Die Invaliditätsbemessung soll das Mass der Zurücksetzung der erwerblichen Leistungsfähigkeit infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung ergeben. Um den Invaliditätsgrad festlegen zu können, sind daher medizinische Grundlagen wesentlich. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind in der Folge eine



wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4; ZAK 1982 S. 34; Rz 3047 f des vom Bundesamt für Sozialversicherungen erlassenen Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH). Die IV-Stelle hat zu prüfen, wie sich die invaliditätsbedingten Faktoren auf die Vermittlungsfähigkeit und die Erwerbsmöglichkeiten auswirken (Rz 3049 KSIH). Ob die versicherte Person eine ihr zumutbare Tätigkeit auch tatsächlich ausübt, ist für die Invaliditätsbemessung hingegen unerheblich (Rz 3046 KSIH).

4.

4.1 Bezüglich der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wurden verschiedene ärztliche Abklärungen durchgeführt. In somatischer Hinsicht diagnostiziert Dr. med. G.____ in seinem Teilgutachten vom 24. März 2003 (act. G 5.1/29) einen Status nach Medialisierung der Tuberositas tibiae rechts am 22. Januar 2002, eine cervikale und lumbale Diskopathie mit verminderter Rückenbelastbarkeit resultierend aus einer paramedian links reichenden cervikalen Diskushernie C6/7 ohne neurale Kompression und einer diskreten medianen Protrusion der Chondrosen C4/5 und C5/6 sowie einer lumbalen kleinvolumigen Diskushernie paramedian rechts Th12/L1 und einer flachbogigen kleinvolumigen Diskusprotrusion L5/S1 ebenfalls ohne neurale Kompression sowie als Nebenbefund eine leichte linkskonvexe lumbale Skoliose 4. Grades. Tätigkeiten, welche die Wirbelsäule vor allem im cervikalen und lumbalen Bereich sehr schwer belasten würden, seien der Beschwerdeführerin nicht zumutbar. Für eine leichte bis mittelschwere, teils sitzend und teils stehend ausübbarer Arbeit in nicht vornehmlich reklinierter oder stark vorgebeugter Körperhaltung mit einer Lasthebegrenze von repetitiv 5 kg, einmalig maximal 10 kg sei die Beschwerdeführerin jedoch voll arbeitsfähig. Die Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen hält in ihrem Bericht vom 19. März 2004 (act. G 5.1/47) fest, der klinisch-neurologische Befund sei unauffällig, objektive pathologische Befunde zu den von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen im Hals, Wirbelsäulenbereich, Kreuzbereich und in den Beinen liessen sich nicht erheben. Dr. med. I.____ seinerseits hält in seinem Bericht vom 1. September 2006 fest, klinisch falle auf, dass das Schmerzbild dauernd wechsele, wobei es sich mal auf die Lumbalregion, mal zervikal und auf die Schultermuskulatur konzentriere. Die Diagnose von Dr. med. K.____ (chronische



Schmerzverarbeitungsstörung bei Fibromyalgie, posttraumatischem Zervikovertebralsyndrom seit 1995, Status nach Operation des linken Knies 2001) umschreibe das Krankheitsbild am besten. Im Bericht vom 8. Dezember 2006 attestiert er der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 30-35% in einer der angestammten sehr ähnlichen Tätigkeit. Im Schreiben vom 16. Februar 2007 schliesslich führt er aus, eine eindeutig fassbare neurologische Diagnose könne nicht gestellt werden. Seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 30-35% beziehe sich auf die Gesamtarbeitsfähigkeit, unter Berücksichtigung der rheumatologischen wie auch der psychiatrischen Beurteilung. Rein neurologisch sei die Arbeitsfähigkeit höchstens für schwere Arbeiten eingeschränkt, nicht jedoch für leichte Arbeiten. Zusammenfassend ergibt sich, dass in den vorliegenden medizinischen Akten weder aus rheumatologischer noch aus neurologischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgewiesen ist.

4.2 In psychiatrischer Hinsicht diagnostiziert Dr. med. F.____ im Gutachten vom 1. April 2003 (act. G5.1/28) eine leichte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0). Die psychischen Symptome wie Interesse-, Energie- und Lustlosigkeit, die geringgradigen Ein- und Durchschlafstörungen sowie die einigermaßen hartnäckige Weigerung der Beschwerdeführerin, die medizinische Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die Symptome vorliege, ergebe aus psychiatrischer Sicht das Bild einer leichten Somatisierungsstörung. Immerhin ergebe sich bei der Beschwerdeführerin eine ca. in der Norm befindliche Affektivität sowie eine einigermaßen normale kognitive Funktionsfähigkeit. Obwohl die Beschwerdeführerin ihre Schmerzsymptomatik graduell glaubhaft vorbringe, sei aus psychiatrischer Sicht die Arbeitsfähigkeit mindestens zu 80% gegeben. Demgegenüber attestiert Dr. med. H.____ der Beschwerdeführerin in seinem Bericht vom 6. Dezember 2004 (act. G 5.1/64) eine Arbeitsunfähigkeit von 100% seit dem 9. Dezember 2003 aufgrund einer depressiven Störung mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11) auf dem Boden einer histrionischen Persönlichkeit (ICD-10: F60.4). Die Psychiatrische Klinik Wil, in welcher die Beschwerdeführerin vom 9. bis 31. Dezember 2003 hospitalisiert war, diagnostiziert in ihrem Bericht vom 8. Januar 2004 (act. G 5.1/48) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und attestiert der Beschwerdeführerin bei Austritt eine Arbeitsfähigkeit von 100%.



4.3 Festzuhalten ist, dass Dr. med. F.____ und die Psychiatrische Klinik Wil sehr ähnliche Diagnosen stellen. Auch in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit stimmen sie überein und halten fest, dass aus psychiatrischer Sicht keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt. Die gänzlich konträre Ansicht von Dr. med. H.____ ist nicht geeignet, diese Einschätzung in Zweifel zu ziehen. Nach der ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung ist überdies stets der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S S. vom 17. August 2005 [I 212/05]). Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt des Erlasses der ersten Verfügung, am 1. März 2004, zu 100% arbeitsfähig war.

5.

5.1 Aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten ist eine Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nach Erlass der Verfügung vom 1. März 2004 anzunehmen. In ihrem Bericht vom 12. Februar 2005 diagnostiziert Dr. med. L.____ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und attestiert der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Auch Dr. med. J.____, Klinik Gais, wo sich die Beschwerdeführerin vom 20. Februar bis 10. März 2006 aufhielt, nimmt im Bericht vom 11. Mai 2006 eine Arbeitsfähigkeit von 50% an. Die Beschwerdeführerin leide an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), die sich im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) entwickelt habe. Wichtigster Belastungsfaktor sei die schwierige familiäre Situation, kombiniert mit mangelnden Copingstrategien. Dr. med. H.____ hält die Beschwerdeführerin in einem weiteren Bericht vom 17. November 2006 noch für mindestens 60% arbeitsunfähig. Die Klinik Teufen schliesslich attestiert der Beschwerdeführerin im Bericht vom 26. September 2007 (act. G 9.1) ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 50% und diagnostiziert eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), einen Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und einen Verdacht auf undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1).



5.2 Der RAD Ostschweiz hält demgegenüber in seiner Stellungnahme vom 5. Oktober 2006 fest, die diagnostizierte mittelgradig depressive Episode mit somatischen Symptomen stehe nicht im Widerspruch zur Diagnose und Beurteilung des Gesundheitszustandes zum Zeitpunkt der Rentenverfügung, weil im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung akute episodische Verschlechterungen des psychischen Gesundheitszustandes auftreten und zu einer vorübergehenden Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit führen könnten. Für das Gericht ist diese Ansicht kaum nachvollziehbar. Es erscheint unwahrscheinlich, dass die im Zeitraum von über zwei Jahren verteilt erstellten ärztlichen Berichte lediglich akute episodische Verschlechterungen widerspiegeln. Aufgrund der vorliegenden ärztlichen Berichte ist vielmehr davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ab Februar 2005 und jedenfalls bis zum hier massgeblichen Zeitpunkt des Einspracheentscheids (16. Januar 2007) ohne wesentlichen Unterbruch zu 50% arbeitsunfähig war.

6.

6.1 Für die Invalidität massgebend sind die erwerblichen Auswirkungen der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Es ist daher in der Regel vom letzten Lohn, welchen die versicherte Person vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt hat, auszugehen (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S C. vom 20. November 2001 [I 716/00]; ZAK 1980 S. 593), da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S S. vom 27. Februar 2004 [I 601/03]; BGE 129 V 224 E. 4.3.1). Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) ist für die Vornahme des Einkommensvergleichs auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns abzustellen (vgl. BGE 129 V 222). Vorliegend ist der Einkommensvergleich für 2006 vorzunehmen, da die einjährige Wartezeit (vgl. Art. 29 Abs. 2 IVG) im Februar jenes Jahres ablief (in den medizinischen Unterlagen ist erstmals im Februar 2005 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% ausgewiesen).



6.2 Die Beschwerdeführerin hat letztmals am 14. Januar 2002 gearbeitet. Bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 41 Stunden verdiente sie monatlich Fr. 3'820.-- (act. G 5.1/6, 36 und 38). Inklusive 13. Monatslohn resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 49'660.--. Um die Nominallohnentwicklung erhöht ergibt dies für das Jahr 2006 ein Einkommen von Fr. 51'931.-- (2002 111.5 Punkte, 2006 116.6 Punkte; vgl. LE 2006).

7.

7.1 Nach Art. 16 ATSG ist beim Einkommensvergleich als Invalideneinkommen dasjenige Erwerbseinkommen einzusetzen, welches die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte. Im vorliegenden Fall arbeitet die Beschwerdeführerin seit Januar 2002 nicht mehr, womit sie die ihr attestierte Arbeitsfähigkeit von 50% nicht ausschöpft. Für die Ermittlung des Invaliditätsgrades ist daher die vom Bundesamt für Statistik herausgegebene Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) heranzuziehen. Der monatliche Durchschnittslohn im Anforderungsniveau 4 betrug im Jahr 2006 für Frauen Fr. 4'019.-- (TA1 S. 25) oder pro Jahr 48'228.--. Da diese Werte auf einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden beruhen, sind sie noch auf die im Jahre 2006 betriebsüblich gewesene Arbeitszeit von 41.7 Stunden umzurechnen. Dies ergibt ein Einkommen von Fr. 50'278.- pro Jahr. Der Beschwerdeführerin ist ein Pensum von 50% zumutbar. Das Jahreseinkommen beläuft sich bei 50% auf Fr. 25'139.--.

7.2 In der Praxis werden die zur Bestimmung des Invalideneinkommens herangezogenen Tabellenlöhne gekürzt, wenn versicherte Personen, die in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten, nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nur beschränkt einsatzfähig sind, wenn sie - unabhängig von der früher ausgeübten Tätigkeit - als gesundheitlich Beeinträchtigte im Rahmen leichter Hilfsarbeitertätigkeiten nicht mehr voll leistungsfähig sind oder wenn weitere persönliche oder berufliche Merkmale wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben. Der Abzug ist nicht schematisch vorzunehmen. Vielmehr ist der Einfluss aller Merkmale (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/ Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) auf das Invalideneinkommen unter



Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Letztlich ist der Abzug vom statistischen Lohn unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen (vgl. BGE 126 V 75).

7.3 Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin wegen des Status nach Medialisierung der Tuberositas tibiae rechts am 22. Januar 2002, der cervikalen und lumbalen Diskopathie mit verminderter Rückenbelastbarkeit resultierend aus der paramedian links reichenden cervikalen Diskushernie C6/7 ohne neurale Kompression und der diskreten medianen Protrusion der Chondrosen C4/5 und C5/6 sowie der lumbalen kleinvolumigen Diskushernie paramedian rechts Th12/L1 und der flachbogigen kleinvolumigen Diskusprotrusion L5/S1 ebenfalls ohne neurale Kompression sowie der leichten linkskonvexen lumbalen Skoliose 4. Grades nur noch leichte bis mittelschwere, teils sitzend und teils stehend ausübbarer Arbeiten in nicht vornehmlich reklinierter oder stark vorgebeugter Körperhaltung mit einer Lasthebegrenze von repetitiv 5 kg, einmalig maximal 10 kg, ausüben kann. In allen körperlich geeigneten Tätigkeiten ist die Beschwerdeführerin zudem aufgrund ihrer psychischen Einschränkung nur zu 50% einsatzfähig. Da die Schweizerische Lohnstrukturerhebung auf den Löhnen gesunder Arbeitnehmerinnen basiert, erscheint vorliegend ein Leidensabzug gerechtfertigt, der unter den gegebenen Umständen auf 10% festzusetzen ist. Es resultiert ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 22'625.--. Der Verdienstausschluss macht Fr. 29'306.-- aus, womit sich ein Invaliditätsgrad von 56% ergibt. Damit hat die Beschwerdeführerin ab Februar 2006 Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung.

8.

8.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. Januar 2007 ist aufzuheben und die Sache ist zur Festsetzung der Rentenhöhe an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

8.2 Gemäss den Schlussbestimmungen des IVG zur Änderung vom 16. Dezember 2005, in Kraft seit 1. Juli 2006, gilt für die am 1. Juli 2006 bei der IV hängigen Einsprachen das bisherige Recht (lit. b der Schlussbestimmungen). Somit gelangt



Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG zur Kostenpflicht von Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen im kantonalen Gerichtsverfahren nicht zur Anwendung. Gerichtskosten sind demnach keine zu erheben.

8.3 Die Beschwerdeführerin ist mit ihrem Beschwerdebegehren nur teilweise durchgedrungen. Trotzdem ist von einem vollumfänglichen Obsiegen auszugehen, denn die Beschwerdeführerin war gezwungen, Beschwerde zu führen, um eine Korrektur des teilweise rechtswidrigen Einspracheentscheids vom 16. Januar 2007 zu erreichen. Der ihr entstandene Vertretungsaufwand ist deshalb grundsätzlich als notwendig zu qualifizieren und zwar unabhängig davon, ob sie mit ihrem konkreten Beschwerdebegehren ganz oder nur teilweise durchgedrungen ist. In Analogie zur höchstrichterlichen Rechtsprechung betreffend den Anspruch auf eine Parteientschädigung bei einer Rückweisung zur weiteren Abklärung des Sachverhalts, bei dem die Beschwerde führende versicherte Person trotz eines weitergehenden Beschwerdebegehrens ebenfalls "nur" die Aufhebung der angefochtenen Verfügung erreicht hat (vgl. etwa ZAK 1987 S. 266 E. 5a), ist deshalb davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin mit ihrem eigentlichen Beschwerdebegehren, der angefochtene Einspracheentscheid sei als rechtswidrig aufzuheben, vollumfänglich obsiegt hat. Es besteht deshalb keine Veranlassung, in Analogie zum zivilprozessualen Klageverfahren von einem nur teilweisen Obsiegen auszugehen und nur eine reduzierte Parteientschädigung auszusprechen (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Januar 2008 [IV 2007/214]; Urteil des Bundesgerichts 9C_466/2007).

8.4 Die Parteientschädigung wird vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint vorliegend eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

8.5 Das von der Beschwerdeführerin gestellte Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung wird bei diesem Verfahrensausgang gegenstandslos.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG



entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 16. Januar 2007 aufgehoben und der Beschwerdeführerin wird eine halbe Rente der Invalidenversicherung ab 1. Februar 2006 zugesprochen.
2. Die Streitsache wird zur Festsetzung der Rentenhöhe an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
3. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
4. Die Beschwerdegegnerin bezahlt der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).