



Fall-Nr.: IV 2008/35
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 06.07.2020
Entscheiddatum: 22.07.2009

Entscheid Versicherungsgericht, 22.07.2009

Art. 16, 17 ATSG; Art. 28, 41 IVG; Art. 87, 88a, 88bis IVV. Neuanmeldung. Würdigung MEDAS-Gutachten. Metabolisches Syndrom: Einfluss seiner Folgen auf die Arbeitsfähigkeit. Zusprache einer abgestuften Rente zufolge unterschiedlicher Arbeitsfähigkeitsschätzungen im Zeitablauf (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. Juli 2009, IV 2008/35).

Vizepräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Philia Roth

Entscheid vom 22. Juli 2009

in Sachen

P.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, Rosenbergstrasse 51, Postfach 1121, 9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



Sachverhalt:

A.

P.____ (Jahrgang 1949) meldete sich am 23. März 2004 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Sie gab an, die Grundschule in Serbien besucht zu haben und als Küchenhilfe tätig zu sein. Weil sie an Diabetes erkrankt sei, könne sie nur noch 60% arbeiten (IV-act. 1 und 7). Dr. med. A.____, Allgemeine Medizin FMH, berichtete der IV-Stelle des Kantons St. Gallen am 22. Juli 2004, die Versicherte leide an einem Carpaltunnelsyndrom beidseits sowie an einem chronischen Lumbovertebralsyndrom. Die Versicherte sei seit dem 8. Januar 2003 bis auf Weiteres 25% arbeitsunfähig. Eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne übermässige Belastung des Achsenskeletts sowie des linken Handgelenks sei ohne Leistungsverminderung zumutbar (IV-act. 11). Mit Verfügung vom 27. September 2004 wies die IV-Stelle das Rentengesuch bei einem Invaliditätsgrad von 25% ab (IV-act. 15). Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft.

B.

B.a Am 15. Juni 2005 meldete sich die Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung an (IV-act. 17). Sie reichte auf Anfrage der IV-Stelle verschiedene Arztberichte ein. Im Bericht vom 13. Juli 2005 gab Dr. med. B.____, Innere Medizin, an, die Versicherte leide an einem chronischen thorako- und lumbospondylogenen Syndrom bei massiven Veränderungen im Sinn einer hyperostotischen Spondylose (DISH), einer mittelgradig depressiven Episode mit somatischen Symptomen (Mai 2005), einem Diabetes mellitus Typ 2 (ED 1987) mit diabetischer Polyneuropathie, wachsender Retinopathie sowie wahrscheinlicher Cheiropathia diabetica links mehr als rechts mit erheblicher Krafteinbusse in den Händen. Sodann bestehe eine arterielle Hypertonie, eine Tendovaginitis stenosans Dig. IV links, ein Carpaltunnelsyndrom beidseits bei St. n. Dekompression des Nervus medianus beidseits (rechts 1/2003, links 11/2003) und St. n. Kenacort-Injektion bei Tendovaginitis stenosans Dig. III rechts (11/2003) sowie eine Cataracta provecta. Die Versicherte sei im Oktober 2004 wegen entgleisten Blutzuckerwerten hospitalisiert worden. Bis Ende Juni 2005 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Auf Juli 2005 sei ein Arbeitsversuch für leichte



St.Galler Gerichte

körperliche Arbeit in Wechselbelastung vereinbart worden (IV-act. 21). In der Beilage befand sich ein Bericht von Dr. med. C.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, vom 3. Juni 2005. Darin hat Dr. C.____ bei den bekannten Diagnosen aus rheumatologischer und neurologischer Sicht angegeben, auf Grund der multiplen Probleme bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr für die körperlich belastende Tätigkeit als Küchenhilfe. Die Arbeitsfähigkeit für körperlich leichtere Tätigkeiten betrage 50%, weil auch viele funktionelle Einschränkungen auf Grund der multiplen Diagnosen beziehungsweise Problemen bestünden (IV-act. 21/6). Die Versicherte hat sich vom 25. April bis 21. Mai 2005 in der Klinik Gais aufgehalten. Die Psychologin D.____ und Dr. med. E.____, Chefarzt Psychosomatik, haben in ihrem Bericht vom 10. Juni 2005 festgestellt, die Versicherte leide an einer mittelgradig depressiven Episode mit somatischen Symptomen. Diese sei als Folge der langjährigen sehr anstrengenden Arbeit, der starken Rückenschmerzen und des kürzlich erlittenen Arbeitsverlusts zu verstehen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte weiterhin zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 21/8).

B.b Auf Verlangen der IV-Stelle reichte Dr. B.____ einen weiteren Arztbericht vom 31. August / 2. September 2005 ein. Bei bekannten Diagnosen gab er an, vom 4. Januar bis 28. Juni 2005 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seither bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Die Versicherte könne die bisherige Tätigkeit nicht mehr ausführen. Eine leichte körperliche Arbeit in Wechselbelastung und mit regelmässigen Pausen sei ihr zu 50% zumutbar (IV-act. 30). Die IV-Stelle beauftragte am 28. September 2005 die MEDAS Zentralschweiz (nachfolgend MEDAS) mit der polydisziplinären Begutachtung der Versicherten (IV-act. 38).

B.c Die MEDAS erstattete am 18. Dezember 2006 das Gutachten. Die polydisziplinäre Untersuchung fand am 11. und 12. Juli 2006 unter Mithilfe eines Dolmetschers statt. Die Ärzte gaben folgenden Hauptdiagnosen (mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit) an:

- Generalisierte Fibromyalgie-ähnliche Symptomatik
- Diffuse idiopathische skelettale Hyperostose (DISH), mit
- Beckenkammperiostosen



St.Galler Gerichte

- Osteochondrose L5/S1, mit
- kleiner Diskusprotrusion und eingeengtem Recessus lateralis.

Als Nebendiagnosen (ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit) bestehen:

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ohne psychiatrische Komorbidität
- Metabolisches Syndrom, mit
- morbider Adipositas (156 cm / 99 kg, BMI 40.7)
- Diabetes mellitus Typ 2, Erstdiagnose 1987, seit 2002 mit Insulin behandelt, aktuell ungenügend eingestellt, mit
- Nephropathie, bei
- Makroalbuminurie
- leicht erhöhtem Kreatin
- vergrößerten Nieren (Ultraschall)
- Polyneuropathie, bei
- kniesockenförmiger Hypästhesie der unteren Extremitäten
- Absenz der Achillessehnenreflexe
- Verdacht auf beginnende Neuropathie an den Händen
- milde, nicht-proliferative diabetische Retinopathie (Erstdiagnose 2002)
- Verdacht auf Makroangiopathie, bei
- nicht-palpablen Arteria tibialis posterior dextra und Arteriae dorsales pedum
- systolischem aortalem Austreibungsgeräusch



St.Galler Gerichte

- Abgangsstenose der Truncus coealicus (MR 2006)
- Verdacht auf Acanthosis nigricans (genetisch mit Diabetes Typ 2 liiert)
- arterielle Hypertonie, vermutlich "essentiell", seit 1998, aktuell 195/115 mm/Hg (angeblich unter drei verschiedenen antihypertensiven Prinzipien), mit
- Verdacht auf medikamentöse Malcompliance
- Dyslipidämie, unter Therapie sehr gut eingestellt
- Cataractae umbo
- Bifokalbrille
- Mykose subaxillär und submammär beidseits
- Prurigo.

Die Ärzte gaben in der zusammenfassenden Beurteilung an, die Versicherte sei seit ihrer Einreise in die Schweiz als Küchenhilfe oder als Raumpflegerin tätig gewesen. Seit ihrem letzten effektiven Arbeitstag am 31. August 2004 habe sie keine ausserhäusliche Tätigkeit mehr ausgeübt. Die vom RAV arrangierte Betätigung habe sie nach wenigen Tagen wegen Rückenproblemen aufgeben müssen. Subjektiv klage die Versicherte in erster Linie über seit 1986 langsam und seither immer stärker gewordene Rückenschmerzen, die mittlerweile rund um die Uhr ohne schmerzfreies Intervall vorhanden seien. Weiter seien ihre "Nerven" seit der Einreise in die Schweiz ein Problem. Seit sie nicht mehr arbeiten könne, schlafe sie schlecht und spiele immer wieder mit Suizidgedanken. Schliesslich leide sie an Diabetes mit beidseitigen Unterschenkel- und Fusschmerzen. Zudem habe sie den "grauen Star", "Herzstechen" und nächtliche Schmerzen in den Fingern. Objektiv wirke die morbid-adipöse Versicherte leicht vorgealtert und psychisch etwa ausgeglichen, kaum depressiv, andererseits undifferenziert, mit ständiger Konfabulation und Nichteingehen auf Fragen. Das Achsenorgan weise eine kraneo-thorakale Hyperkyphose sowie Druck- und Klopfdolenzen (4. und 5. Brustwirbelkörper) auf. Ein Hartspann finde sich bei den



St.Galler Gerichte

Musculi trapezi, aber auch paravertebral entlang der gesamten Brust- und Lendenwirbelsäule, die in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt sei. Die Versicherte trage eine Bifokalbrille für leichte Myopie, kaudal für mittelschwere Presbyopie und leide an beidseitigen Cataractae. Diesbezüglich habe die Versicherte angegeben, das Lesen sei zwar mühsam, mit der Brille aber noch möglich. Sie wolle den Grauen Star zu gegebener Zeit operieren lassen. Sie habe keine Ahnung von diabetischer Retinopathie. Zur Arbeitsfähigkeit führten die Ärzte aus, aus rheumatologischer Sicht sei unter Berücksichtigung der geschilderten Symptomatik und bei den nachweisbaren muskulo-skelettalen Befunden der Versicherten keine manuelle Schwerarbeit mit kraftaufwändigem Faustschluss mehr zumutbar. Als Raumpflegerin betrage die Arbeitsunfähigkeit 40%, für den Haushalt 30% und als Küchenhilfe 20%. Dabei seien keine gehäuften Tätigkeiten in vornübergeneigter Position, kein Heben von Gewichten in dieser Stellung, kein längeres Stehen in starker Extension, keine stundenlange monotone Sitz-Zwangshaltung oder Sitzhaltung mit häufiger Rumpfrotation zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht sei keine Arbeitsunfähigkeit begründbar. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei möglich durch eine Gewichtsreduktion, eine Kontrolle der antihypertensiven Therapie sowie ein Selbsttraining und eventuell Rheumaschwimmen (IV-act. 49). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) Ostschweiz erachtete das Gutachten in seiner Stellungnahme vom 5. Januar 2007 als umfassend, konsistent und nachvollziehbar (IV-act. 50).

B.d Mit Vorbescheid vom 2. Februar 2007 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht. Sie führte aus, gemäss den medizinischen Abklärungen bestehe in der früheren Tätigkeit als Küchenhilfe sowie in jeder anderen der Behinderung angepassten Tätigkeit weiterhin eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Das zumutbare Einkommen ohne Behinderung betrage Fr. 50'327.--, mit Behinderung Fr. 37'968.--, woraus eine Erwerbseinbusse von Fr. 12'359.-- beziehungsweise ein Invaliditätsgrad von 25% resultiere. Da der Invaliditätsgrad unter 40% liege, bestehe kein Rentenanspruch (IV-act. 54). Dagegen liess die Versicherte am 5. März 2007 einwenden, das MEDAS-Gutachten sei nicht einleuchtend und nicht begründet. Sodann bezweifle sie, dass der Dolmetscher serbischer Muttersprache sei. Die psychiatrische Begutachtung genüge deshalb den vom Bundesgericht verlangten Voraussetzungen nicht. Gemäss den Einschätzungen von Dr. F.____, Psychiatrie/ Psychotherapie, und Dr. E.____ sei weiterhin von einer vollen Arbeitsunfähigkeit



auszugehen. Die Versicherte habe deshalb Anspruch auf eine ganze Rente seit Januar 2004. Dazu reichte die Versicherte eine Stellungnahme von Dr. C.____ zum MEDAS-Gutachten vom 26. Februar 2007 ein. Darin hat Dr. C.____ angegeben, dass die Wertung der Diagnosen seltsam beziehungsweise unrealistisch anmute: In den Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung werde eine Fibromyalgie-ähnliche Symptomatik genannt. Diese weichteilrheumatische Diagnose habe tatsächlich keinen grossen Krankheitswert. Ebenso werde bei der Diagnose der somatoformen Schmerzstörung seit einigen Jahren irgendeine Arbeitsunfähigkeit verneint. Die unter dem metabolischen Syndrom aufgeführte morbide Adipositas sei aber bereits für sich allein krankmachend. Die massive Adipositas bewirke, dass der Versicherten keine stehenden und gehenden Tätigkeiten wie Küchenhilfe oder Raumpflegerin mehr zumutbar seien. Die Polyneuropathie bewirke eine verminderte Gehsicherheit und der Verdacht auf eine beginnende Neuropathie an den Händen stelle eine erhebliche Einschränkung dar, weshalb die hohe Arbeitsfähigkeit in den Tätigkeiten Küchenhilfe und Reinigungsfrau nicht überzeuge (IV-act. 57).

B.e Am 22. März 2007 reichte die Versicherte den Bericht der Augenklinik des Kantonsspitals St. Gallen vom 16. März 2007 ein. Darin führten die Ärzte aus, die Versicherte sei am 6. und 8. März 2007 untersucht worden. Dabei sei eine schwere Erkrankung der Netzhaut festgestellt worden, bedingt durch den Diabetes mellitus. Die Sehschärfe betrage beidseits weniger als 10%. Somit liege eine sehr schwere Sehbehinderung vor. Die Arbeitsfähigkeit sei daher aus augenärztlicher Sicht schwer eingeschränkt (IV-act. 64).

B.f Auf Aufforderung der IV-Stelle nahm die MEDAS zu den Einwänden der Versicherten vom 5. März 2007 am 23. März 2007 Stellung. Dr. med. G.____, MEDAS, gab an, auch nach der Würdigung des Berichts von Dr. C.____ ergebe sich keine Änderung der Beurteilung. Das metabolische Syndrom sei durch den Hauptgutachter Dr. med. H.____, Innere Medizin und Endokrinologie/Diabetologie FMH, adäquat gewürdigt worden. Hinzukomme, dass für die Adipositas durchaus therapeutisches Besserungspotenzial bestehe. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit könnten sie auch in Würdigung der Polymorbidität nicht genügend auf versicherungsrechtlich relevante objektivierbare Befunde abstützen. Dass sie aus dem Blickwinkel der Gutachter gelegentlich zu einem anderen Schluss kämen als behandelnde Ärzte, sei wohl



St.Galler Gerichte

gerichtsnotorisch. Sodann handle es sich beim zugezogenen Dolmetscher um einen professionellen Dolmetscher, der sowohl der serbischen wie auch der albanischen Sprache mächtig sei (IV-act. 67).

B.g Die IV-Stelle verlangte am 29. März 2007 auf Grund des augenärztlichen Zeugnisses eine ergänzende Beurteilung durch die MEDAS (IV-act. 69). Die MEDAS gab in ihrem Ergänzungsgutachten vom 28. Juni 2007 an, anlässlich der ergänzenden Begutachtung vom 11. Mai 2007 habe der Augenarzt Dr. med. I. ___ die Diagnosen einer beidseitigen proliferativen diabetischen Retinopathie mit ischämischer Makulopathie und diffusem Makulaödem bei metabolischem Syndrom mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus seit mehr als 20 Jahren sowie einer beidseitigen Hornhautastigmatismus, Presbyopie und Cataractae praesenilis gestellt. Die Versicherte sei dadurch in ihrem Alltag sehr eingeschränkt, weil sie kaum mehr Einkaufen gehen könne, weil sie das Geld nicht erkennen und die Beschriftung nicht mehr lesen könne. Die Arbeit als Küchenhilfe oder Reinigungsangestellte sei nicht mehr zumutbar. Lediglich einfachste Arbeiten wie zum Beispiel Verpackungsarbeiten in einer Spedition seien wahrscheinlich noch möglich. Die MEDAS erachtete auf Grund der ophthalmologischen Situation nur noch einfachste Arbeiten ohne hohe Visusanforderungen als zumutbar, wobei mit einer deutlich reduzierten Leistung gerechnet werden müsse, sodass die Gesamtarbeitsfähigkeit etwa bei 50% für eine leidensangepasste Tätigkeit liegen dürfte (IV-act. 78).

B.h Mit einem weiteren Vorbescheid stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, ab 1. Januar 2006 eine halbe Invalidenrente auszurichten, weil seit 4. Januar 2005 eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe und die Versicherte eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 50% ausüben könne (IV-act. 91). Dagegen liess die Versicherte am 4. Oktober 2007 einwenden, bei einer Sehschärfe von weniger als 10% beidseits sei ihr auch eine einfache Verpackungsarbeit nicht mehr zumutbar. Ihr Invalideneinkommen betrage deshalb Fr. 0.--. Sodann sei bei der Invaliditätsbemessung an Hand der Tabellenlöhne der Maximalabzug von 25% zu gewähren. Daraus ergebe sich, dass die Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente habe (IV-act. 97). Der RAD erachtete in seiner Stellungnahme vom 11. Oktober 2007, es ergäben sich keine neuen medizinischen Erkenntnisse (IV-act. 98). Am 21. November 2007 reichte die Versicherte einen weiteren Bericht der Augenklinik des



St.Galler Gerichte

Kantonspitals St. Gallen vom 16. November 2007 ein. Darin wurde angegeben, dass die Sehkraft der Versicherten trotz adäquater Behandlung an beiden Augen 1/30 in 20 cm betrage. Von einer Verbesserung der Sehschärfe könne nicht ausgegangen werden. Damit sei die Versicherte legal blind, weshalb es nicht realistisch sei, von einer teilweisen Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 106).

B.i Mit Verfügung vom 5. Dezember 2007 sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Wirkung ab 1. Januar 2006 eine halbe Invalidenrente zu. Die IV-Stelle führte zum Einwand der Versicherten vom 4. Oktober 2007 aus, aus medizinischer Sicht lägen keine neuen Erkenntnisse vor. Die ärztlich attestierte zumutbare Arbeitsfähigkeit betrage 50%. Betreffend Einkommensvergleich sei die Berechnung des Invalideneinkommens auf der Basis der Tabellenlöhne erfolgt. Ein Leidensabzug von 10% könne erfolgen, wenn nur noch leichte Tätigkeiten zumutbar seien, ein 25%iger Abzug, wenn selbst bei einer zumutbaren leichten Tätigkeit zusätzliche Einschränkungen bestünden. Beides treffe hier nicht zu (IV-act.108).

C.

C.a Gegen diese Verfügung lässt die Versicherte am 16. Januar 2008 durch ihren Rechtsvertreter Beschwerde erheben. Die Beschwerdeführerin beantragt die Aufhebung der Verfügung vom 5. Dezember 2007, soweit diese weitergehende Ansprüche verneine, und die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente seit spätestens Januar 2004. Eventualiter sei die Angelegenheit zwecks Abklärung des Rentenbeginns an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sie führt aus, auf das MEDAS-Gutachten könne nicht abgestellt werden. Dr. C.____ habe das MEDAS-Gutachten nachvollziehbar kritisiert und ausgeführt, welche Diagnosen entgegen der Einschätzung der MEDAS-Ärzte Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Auch eine körperlich leichte, leidensangepasste Tätigkeit sei deshalb um 50% eingeschränkt. Sodann habe Dr. E.____ am 1. März 2006 bestätigt, dass nach dem Klinikaufenthalt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei und nicht mit einer Verbesserung zu rechnen sei (G act. 1.2). Die Beschwerdeführerin gibt weiter an, auch Dr. F.____ habe in seinem Bericht vom 25. Januar 2006 bestätigt, dass die psychischen Beschwerden eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit bewirkten, die mindestens 50% betrage. Dr. F.____ sei seit vielen Jahren Konsiliararzt der MEDAS Ostschweiz und könne somit den



Perspektivenwechsel von einem behandelnden Arzt zum Gutachter vornehmen. Weil die MEDAS nicht habe belegen können, dass der Dolmetscher serbischer Muttersprache sei, könne sodann auf das Konsiliargutachten von Dr. med. K.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, nicht abgestellt werden. Der Kommunikation komme bei der psychiatrischen Untersuchung herausragende Bedeutung zu. Die Beurteilung von Dr. E.____ und Dr. F.____ sei deshalb verlässlicher. Ausserdem sei die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Augenarztes Dr. I.____ im Ergänzungsgutachten nicht nachvollziehbar, nachdem dieser selbst angegeben hatte, die Versicherte könne nicht mehr Einkaufen gehen, weil sie das Geld nicht mehr erkennen könne. Diesbezüglich sei die Einschätzung der Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen viel realistischer. Zusammen mit den übrigen Beschwerden der Versicherten sei es ihr nicht mehr möglich, ein Einkommen zu erzielen. Schliesslich sei der Beginn des Wartejahrs nicht nachvollziehbar. Die MEDAS erwähne als Beginn der Arbeitsunfähigkeit den 8. Januar 2003. Bei zutreffender Betrachtungsweise der unterschiedlich attestierten Arbeitsunfähigkeiten könne nur von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten ab diesem Datum ausgegangen werden. Sie habe deshalb ab Januar 2004 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Sollte man ihr die formelle Rechtskraft der Verfügung vom 27. September 2004 entgegenhalten, so bestehe ein Rentenanspruch bereits ab Januar 2005 (G act. 1).

C.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 11. Juli 2008 die teilweise Gutheissung der Beschwerde. Der Beschwerdeführerin sei eine gestufte Rente zuzusprechen, nämlich eine halbe Rente mit Wirkung ab 1. Januar 2006 und eine ganze Rente mit Wirkung ab 1. April 2007. Eventuell sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Januar 2008 Anspruch auf eine ganze Rente habe. Die Beschwerdegegnerin führt aus, auf Grund der Akten sei davon auszugehen, dass sich das Augenleiden der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung durch die MEDAS im Juli 2006 markant verschlechtert habe, sodass unterdessen davon ausgegangen werden müsse, dass sie ihre Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten könne. Die Beschwerdegegnerin hat dazu bei der Augenklinik des Kantonsspitals St. Gallen einen Bericht eingefordert, der am 28. April 2008 eingegangen ist. Darin hat der Augenarzt Dr. med. L.____ festgehalten, dass die Beschwerdeführerin praktisch erblindet sei (IV-act. 118). Sodann habe Dr. med. M.____ von der Augenklinik am 11. Juli



2008 erläutert, die Erstkonsultation habe am 6. März 2007 stattgefunden. Entsprechend liessen sich keine Aussagen für die Zeit davor machen (IV-act. 123). Die Beschwerdegegnerin führt dazu aus, zum Zeitpunkt der Begutachtung sei die Sehschwäche noch weniger ausgeprägt gewesen. Eine Verschlechterung sei zeitlich so einzuordnen, dass ab Anfang 2007 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Bis Ende 2006 könne auf die Einschätzungen im MEDAS-Gutachten abgestellt werden. Mit der Kritik von Dr. C.____ habe sich die MEDAS einlässlich auseinandergesetzt, worauf verwiesen werde. Die Beschwerdeführerin habe als Hilfsarbeiterin unterdurchschnittlich verdient, weshalb statt eines Einkommensvergleichs ein Arbeitsfähigkeitsvergleich unter Berücksichtigung weiterer Nachteile (Leidensabzug) vorgenommen werden könne. Der Leidensabzug sei auf 5 bis 10% festzusetzen, weshalb ein Invaliditätsgrad von 52.5 beziehungsweise von 55% resultierte. Eine Wiedererwägung der Verfügung vom 27. September 2004 stehe ausser Diskussion. Der Gesundheitszustand habe sich erst per 1. Januar 2005 verschlechtert, weshalb ein Rentenbeginn auf den 1. Januar 2006 die für die Beschwerdeführerin günstigste Variante sei. Die Annahme einer Verschlechterung zu diesem Zeitpunkt sei aber nicht zwingend. Das MEDAS-Gutachten könne auch so verstanden werden, dass lediglich eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhaltes vorliege. Dies würde bedeuten, dass eine relevante Verschlechterung erst ab 1. Januar 2007 eingetreten und der Rentenbeginn auf den 1. Januar 2008 festzusetzen sei (G act. 11).

C.c Die Beschwerdeführerin hält in der Replik vom 6. August 2008 an ihren Anträgen fest. Sie gibt an, die eingeschränkte Sehfähigkeit habe bereits bei der MEDAS-Begutachtung bestanden, was von den untersuchenden Ärzten übersehen worden sei. Eine Verschlechterung erst auf Anfang 2007 anzunehmen, sei deshalb nicht nachvollziehbar. Sodann leuchte nicht ein, weshalb auf einen Einkommensvergleich verzichtet werden könne. Sie habe immerhin ein Valideneinkommen von Fr. 50'931.-- erzielt (G act 16).

C.d Am 24. September 2008 verzichtete die Beschwerdegegnerin sinngemäss auf eine Duplik (G act. 20).

Erwägungen:

1.



Die Beschwerdeführerin hat sich bereits am 23. März 2004 erstmals für Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet. Ihre Anmeldung vom 15. Juni 2005 stellt deshalb eine Neuanschuldung dar. Es ist unbestritten, dass die Voraussetzungen gemäss Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) erfüllt sind. Es wurde glaubhaft gemacht, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert hat. Die Beschwerdegegnerin ist deshalb zu Recht auf die Neuanschuldung vom 15. Juni 2005 eingetreten.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat darauf verzichtet, pendente lite eine neue Verfügung zu erlassen (Art. 53 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Statt dessen hat sie dem Gericht einen Antrag auf teilweise Gutheissung der Beschwerde und Zusprechung einer ganzen Rente mit Wirkung ab 1. April 2007 gestellt. Dessen ungeachtet hat das Gericht die Beschwerde materiell vollumfänglich zu prüfen, wobei es an die Begehren der Parteien nicht gebunden ist (Art. 61 lit. d ATSG).

3.

3.1 Vorliegend ist die Verfügung vom 5. Dezember 2007 zu beurteilen, weshalb die am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen der 5. IV-Revision nicht anwendbar sind.

3.2 Nach aArt. 28 Abs. 1 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 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. Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG i.V.m. 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, in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

3.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 ATSG). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Gutachtens ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Gutachters begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist bei der Beweiswürdigung der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc), oder dass sie deren pessimistische subjektive Einschätzung übernehmen. Dieser Vorbehalt ist nach den Entscheiden des Bundesgerichts i/S S. vom 20. März 2006 (I 655/05) E. 5.4 und i/S T. vom 13. April 2006 (I 645/05) E. 2.3 auch für behandelnde Spezialärzte anzubringen. Andererseits kann die Möglichkeit zu längerer Beobachtungszeit auch Vorteile bieten. Das Bundesgericht hat in diesem Sinn – für den Fall der Feststellungen eines Hausarztes – festgehalten, das Gericht könne auch auf die speziellen, etwa dank der langjährigen Betreuung nur einem Hausarzt zugänglichen Kenntnisse des Gesundheitszustandes eines Versicherten abstellen (nicht veröffentlichter Entscheid des Bundesgerichts I 255/96, zit. in 4P.254/2005).

4.

Die Beschwerdeführerin ist unbestrittenermassen als Vollerwerbstätige zu qualifizieren. Die Reduktion des Pensums auf 60% ist gemäss ihrer Anmeldung vom 23. März 2004



aus gesundheitlichen Gründen erfolgt (IV-act. 1 und 7). Davor hat die Beschwerdeführerin gemäss dem Auszug aus dem Individuellen Konto (IK-Auszug) überwiegend vollzeitig gearbeitet (IV-act. 9).

5.

5.1 Die Höhe der behinderungsbedingten Erwerbseinbusse hängt vor allem von der ärztlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung ab, d.h. davon, in welchem Umfang für die versicherte Person noch eine Tätigkeit in Betracht fällt (BGE 125 V 261 E. 4). Weil die Arbeitsfähigkeitsschätzungen der MEDAS gemäss Gutachten vom 18. Dezember 2006 und Ergänzungsgutachten vom 28. Juni 2007 strittig sind, sind diese deshalb im Einzelnen zu prüfen. Die Beschwerdeführerin rügt, insbesondere die psychiatrische Begutachtung unter Beizug eines Dolmetschers, der nicht serbischer Muttersprache sei, sei unzureichend. Sinngemäss macht sie geltend, der Dolmetscher habe sie wohl nicht richtig verstanden. Das MEDAS-Begutachtung ist wegen der mässigen Deutschkenntnisse der Beschwerdeführerin unter Mithilfe eines Dolmetschers erfolgt, der sowohl die serbokroatische als auch die albanische Sprache beherrscht. Aus dem Gutachten ergeben sich keine Hinweise auf Verständigungsschwierigkeiten. Hingegen geht daraus hervor, dass die Beschwerdeführerin bei der Erhebung der Anamnese nicht auf die gutachterlichen Fragen eingegangen ist und konfabuliert hat (vgl. IV-act. 49 S. 19). Der Psychiater Dr. K.____ hat angegeben, die Beschwerdeführerin spreche mässig Deutsch und bemühe sich, Deutsch zu antworten (IV-act. 49 S. 31). Allfällige Verständigungsprobleme lagen demgemäss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Verhalten der Beschwerdeführerin und nicht in den Übersetzungsfähigkeiten des Dolmetschers. Dass die Muttersprache der Explorandin auch die Muttersprache des zugezogenen Dolmetschers sein müsste, wie die Beschwerdeführerin geltend machen lässt, schreibt die Rechtsprechung nicht vor. Wesentlich ist vielmehr, dass der Dolmetscher der Sprachen, die er übersetzt, mächtig ist (statt vieler Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 25. Juli 2004, I 642/2001). Unter den gegebenen Umständen ist die Übersetzung vorliegend nicht zu beanstanden.

5.2 Die Beschwerdeführerin führt weiter aus, wie Dr. C.____ schlüssig begründet habe, habe das metabolische Syndrom entgegen der gutachterlichen Beurteilung Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Dr. C.____ hat in seinem Bericht vom 26. Februar 2007 die von den



Gutachtern festgestellten Diagnosen bestätigt. Deren Wertung hat er jedoch als seltsam beziehungsweise unrealistisch bezeichnet und angegeben, die unter dem metabolischen Syndrom aufgeführte morbid Adipositas sei für sich allein bereits krankmachend. Die massive Adipositas bewirke, dass keine stehenden oder gehenden Tätigkeiten mehr zumutbar seien. Die Polyneuropathie vermindere die Gehsicherheit und beeinträchtige meistens auch die Gehfähigkeit. Dies kontrastiere zu den geschätzten Arbeitsfähigkeiten im Ausmass von 80 oder 60% als Küchenhilfe oder Raumpflegerin. Schliesslich schränke der Verdacht auf eine beginnende Neuropathie an den Händen die Beschwerdeführerin auch manuell ein (IV-act. 57).

Rechtsprechungsgemäss bewirkt die Adipositas grundsätzlich keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität, wenn sie nicht körperliche oder geistige Schäden verursacht und nicht die Folge von solchen Schäden ist. Hingegen muss sie unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit beziehungsweise der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zur Folge hat (ZAK 1984 S. 345 E. 3 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 21. März 2007 i.S. B. [I 745/06] E. 3.1). Daraus folgt, dass die morbid Adipositas nur in Kombination mit weiteren gesundheitlichen Schäden als arbeitsfähigkeitsmindernd anerkannt ist.

5.3 Die Gutachter haben unter der Diagnose eines metabolischen Syndroms aufgeführt, dass die Beschwerdeführerin an einer Nephropathie leide. Diese habe bislang nicht leistungsmindernd gewirkt. Weiter ist eine Polyneuropathie festgestellt worden. Diesbezüglich hat die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung angegeben, unter anderem würden sie die Füsse invalid machen. Sie müsse beim Treppensteigen schon nach drei Stufen anhalten, allerdings auf Grund des Rückens und der Füsse, kaum wegen Atemnot. Synkopen habe sie schon zwei- oder dreimal erlitten, letztmals vor zwei bis drei Monaten anlässlich eines Treppensturzes über 10 Stufen. Nausea habe sie hie und da (IV-act. 49 S. 17). Während der Untersuchung hat der Hauptgutachter festgestellt, dass die Beschwerdeführerin unauffällig ins Untersuchungszimmer kam und sich beim Ausziehen im Stehen mit der rechten Hand am Tisch abstützte. Der Rombergtest war normal, Ebenausgang mit Ausnahme der



Langsamkeit ebenso, desgleichen der Fersen-, Zehen- und Strichgang, dreimaliges "signe du tabouret", erneut in Zeitlupe, nach Insistieren schliesslich dreimal normal gemacht. Eine Verdeutlichungstendenz sei gegeben (IV-act. 49 S. 20). Beim "signe du tabouret" handelt es sich um eine ausgeprägte Muskelschwäche, so dass sich die Patienten nicht ohne Hilfe aus der sitzenden Position erheben können (vgl. Walter Siegenthaler, André Aeschlimann, Siegenthalers Differenzialdiagnose, S. 491). Bei der psychiatrischen Begutachtung vom 12. Juli 2006 hat die Beschwerdeführerin angegeben, sie wisse, dass sie sich bewegen müsse. Sie habe jedoch Angst, sie könnte stürzen. Sie sei bereits einmal auf den Hinterkopf gestürzt und habe sich einige Male blaue Flecken geholt. Sie werde einfach bewusstlos. Die Stürze würden sich auch ereignen, wenn der Zucker in Ordnung sei. Der Psychiater hat in seiner Beurteilung unter anderem angegeben, im Vordergrund stünden Schmerzen des Bewegungsapparates, insulinpflichtiger Diabetes bei starkem Übergewicht, ein offenbar operationsbedürftiger Katarakt sowie gewisse psychovegetative Symptome wie Schwindel und Gangunsicherheit (IV-act. 49 S. 30 und 31). Der Psychiater hat dabei die Frage gestellt, ob der Schwindel und die Gangunsicherheit psychisch oder polyneuropathisch verursacht seien, dies jedoch nicht beantwortet. Der Rheumatologe hielt in seinem Konsiliargutachten vom 25. Juli 2006 fest, die Beschwerdeführerin habe einen kleinschrittigen, unsicheren Gang bei verlängerter Standphase rechts (IV-act. 49 S. 34). Daraus folgt, dass sowohl subjektive wie objektive Hinweise darauf bestehen, dass die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Begutachtung an einer Gehunsicherheit gelitten haben könnte. Eine eigentliche Beurteilung der Gehunsicherheit und ihrer allfälligen Konsequenzen haben die Ärzte nicht vorgenommen. Sie haben die Gehunsicherheit aber auch nicht explizit verneint. In der Arbeitsfähigkeitsschätzung wurde lediglich angegeben, sämtliche Schwerarbeiten mit Bezug auf Gewichtheben sowie längeres Stehen seien durch die Wirbelsäulenveränderungen nur noch sehr eingeschränkt zumutbar. Für eine ausgesprochen manuelle Schwerarbeit mit kraftaufwändigem Faustschluss gelte eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (IV-act. 49 S. 21). Berücksichtigt wurden somit hauptsächlich die Rückenbeschwerden sowie die eingeschränkte Funktionsfähigkeit der Hände. Ob damit auch die Auswirkungen der möglichen Polyneuropathie berücksichtigt worden sind, geht aus dem Gutachten nicht hervor. Insgesamt ergeben sich Zweifel, ob der Beschwerdeführerin die Tätigkeit als Raumpflegerin, was ja



immerhin als mittelschwere Tätigkeit gilt, oder als Küchenhilfskraft tatsächlich zu 60% beziehungsweise 80% zumutbar wäre. Diese Tätigkeiten sind auch mit häufigem Hin- und Hergehen und Hantieren der Hände verbunden. Wie Dr. C.____ schlüssig dargelegt hat, ist deshalb die Wertung der Diagnosen nicht überzeugend. Eine weitere gesundheitliche Schädigung durch die Adipositas ist zu vermuten, die Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben könnte. Weitere Abklärungen würden sich deshalb aufdrängen. Infolge der seit der Begutachtung eingetretenen gesundheitlichen Verschlechterung (Verlust der Sehschärfe/Sehkraft) kann diese jedoch unterbleiben, wie nachfolgend gezeigt wird.

5.4 Gemäss der Rechtsprechung ist bei der Adipositas auch die Möglichkeit einer Gewichtsreduktion zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit zu prüfen (vgl. Urteil des Bundesgericht vom 19. Juli 2001 i.S. T. [I 70/01] E. 3c). Die MEDAS hat in ihrer Stellungnahme vom 23. März 2007 denn auch auf ein therapeutisches Besserungspotential hingewiesen (IV-act. 67). Dazu hat Dr. K.____ festgehalten, dass unter Berücksichtigung psychischer Faktoren von der Beschwerdeführerin durchaus eine bessere Disziplin bezüglich Gewichtsmanagement abverlangt werden könne. Dies bedeute die Einhaltung von Diätmassnahmen und regelmässiges Fitness trotz der geklagten körperlichen Schmerzen (IV-act. 49 S. 32). Damit eine Gewichtsreduktion im Rahmen der Schadenminderungspflicht zu berücksichtigen ist, sind von den Gutachtern jedoch weitere Angaben zu machen. Im Gutachten aber fehlen konkrete Ausführungen darüber, in welchem Ausmass das Gewicht mit einer ärztlich überwachten Abmagerungskur nach medizinischer Erfahrung voraussichtlich herabgesetzt werden könnte und welche Zeitspanne dafür einzusetzen wäre (Urteil des Bundesgericht vom 19. Juli 2001 i.S. T. [I 70/01] E. 3c). Ob bei der bestehenden massiven und progredienten Adipositas eine massgebliche Gewichtsreduktion erreicht und damit die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit innert nützlicher Frist wesentlich beeinflusst werden könnte, wurde bisher nicht geprüft. Unter diesen Umständen ist bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung die Möglichkeit einer Gewichtsreduktion nicht zu berücksichtigen.

5.5 Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, betreffend die psychischen Beschwerden sei nach wie vor auf die Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Dr. E.____ sowie von Dr. F.____ abzustellen. Dr. E.____ hat in seinem Bericht vom 1. März 2006 an



den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin angegeben, während des Klinikaufenthalts vom 25. April bis 21. Mai 2005 habe eine depressive Störung im Vordergrund gestanden. Dabei sei nicht untersucht worden, in welchem Ausmass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht beeinträchtigt gewesen sei. Es sei davon auszugehen, dass die am 21. Mai 2005 attestierte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit weiter gelte, da mit keiner Verbesserung zu rechnen sei (G act. 1.2). Diese Aussage ist insofern widersprüchlich, als trotz der angeblich fehlenden Untersuchung eine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben worden ist. Im Bericht vom 10. Juni 2005 haben die Psychologin D.____ und Dr. E.____ angegeben, es bestehe eine mittelgradig depressive Episode mit somatischen Symptomen und es sei weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (IV-act. 21-2/8). Die aktuelle Einschätzung von Dr. E.____ vom 1. März 2006 überzeugt auch deshalb nicht, weil sie lediglich auf Grund der Akten erfolgt ist. Eine erneute Untersuchung hat er nicht durchgeführt. Die depressive Episode ist in ihrem Schweregrad erfahrungsgemäss Schwankungen ausgesetzt, weshalb mit dem Zeitablauf durchaus eine Verbesserung beziehungsweise Verschlechterung hätte eintreten können (vgl. ICD-10-GM 2009, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Ausgabe 2009: Kapitel V (F), psychischer Störungen S. 181). Der Verzicht auf eine erneute Untersuchung war deshalb nicht zulässig, weshalb auf den Bericht von Dr. E.____ nicht abgestellt werden kann. Hinsichtlich des Berichts von Dr. F.____ ist festzuhalten, dass sich dieser nicht in den Akten befindet, sondern lediglich im Aktenauszug des MEDAS-Gutachtens erwähnt wird. Die Beschwerdegegnerin hätte diesen Bericht einfordern müssen. Eine nachträgliche Edition kann jedoch unterbleiben, wie sich nachfolgend zeigt. Gemäss dem Aktenauszug hat Dr. F.____ am 25. Januar 2006 gegenüber Dr. B.____ angegeben, dass bei der Beschwerdeführerin eine deutliche psychische Störung depressiver Art und eine Somatisierungsstörung von Krankheitswert vorliege. Eine volle Dispensation von der Arbeit lasse sich damit jedoch nicht begründen, ihm schein es angemessen, eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren (IV-act. 49 S. 10). Wie Dr. K.____ anlässlich der MEDAS-Begutachtung angegeben hat, konnte er im Gegensatz zu 2005 (Konsilium Dr. F.____: "deutlich depressive Störung") keine Symptome mehr finden, welche die Diagnose einer depressiven Episode begründet hätten. Dazu führte er aus, die Beschwerdeführerin wirke aktuell nicht mehr depressiv, sondern sei lediglich im



Rahmen der Schmerzsymptomatik, der internistischen Problematik und der finanziellen Sorgen in ihrer Befindlichkeit gestört. Die Somatisierungsstörung hat er als eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bestätigen können (IV-act. 49 S. 32). Diese Einschätzung wirkt – jedenfalls für den Begutachtungszeitraum (Juli 2006) – überzeugend und nachvollziehbar. Ausserdem hat sich Dr. K.____ mit der früheren Einschätzung von Dr. F.____ auseinandergesetzt und begründet, weshalb er zu einer anderen Einschätzung gelangt. Es ist anzunehmen, dass es in psychischer Hinsicht seit Anfang 2006 wieder zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen war.

5.6 Schliesslich macht die Beschwerdeführerin geltend, die MEDAS-Ärzte hätten die eingeschränkte Sehfähigkeit übersehen, weshalb das Gutachten mangelhaft sei. Aus den Akten ist ersichtlich, dass bereits Dr. B.____ im Juli 2005 eine wachsende Retinopathie festgestellt hat (IV-act. 21). Bei der Retinopathie handelt es sich um eine nicht entzündliche bedingte Netzhauterkrankung. Diese kann als Spätfolge eines Diabetes mellitus auftreten und zu Sehschärfenverlust führen (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage, S. 1655). Auch die Ärzte der MEDAS haben die Retinopathie in ihren Diagnosen aufgeführt, allerdings nicht gestützt auf eine eigene ophthalmologische Untersuchung, sondern auf Grund des beigezogenen Konsiliarberichts der Augenklinik Teufen (Dr. N.____) vom 11. Oktober 2002. Darin war unter anderem bereits die Diagnose einer "milden nicht-proliferativen diabetischen Retinopathie" beschrieben worden. Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin, war es ihr zum Begutachtungszeitpunkt (11./12. Juli 2006) aber noch möglich, Television zu schauen, die grossen Buchstaben einer Zeitung zu lesen, Kleinkäufe zu erledigen und das Mittagessen zuzubereiten. Auf Nachfrage hat sie angegeben, dass das Lesen zwar mühsam, aber mit der Brille noch möglich sei. Sie wolle den grauen Star zu gegebener Zeit operieren lassen (IV-act. 49 S. 13 und 16). Zu dieser Zeit war die Beschwerdeführerin bereits nicht mehr ausserhäuslich tätig. Es ist davon auszugehen, dass bei dieser Ausgangslage die eingeschränkte Sehfähigkeit nach dem subjektiven Empfinden der Beschwerdeführerin noch nicht gravierend ins Gewicht fiel. Die Gutachter haben die Klagen der Beschwerdeführerin über ihre Sehbehinderung zwar notiert, aus der Arbeitsfähigkeitsschätzung geht jedoch nicht hervor, ob diese bereits geklagte, aber über das Fachgebiet des Rheumatologen und Internisten hinausgehende Beeinträchtigung berücksichtigt worden ist. Eine fachärztliche (ophthalmologische) Untersuchung wurde nicht gemacht. Bereits wenige Monate



später (im März 2007) ist in der Augenklinik des Kantonsspitals St. Gallen ein massiver Sehschärfenverlust mit einer Restsehfähigkeit von noch 10% festgestellt worden (IV-act. 64). Die MEDAS hat dennoch in ihrem Ergänzungsgutachten vom 28. Juni 2007 für einfachste Arbeiten ohne hohe Visusanforderungen eine Restarbeitsfähigkeit von 50% als zumutbar erachtet (IV-act. 78). Aus dem Schreiben der behandelnden Augenärzte des Kantonsspitals St. Gallen vom 16. November 2007 an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ist allerdings ersichtlich, dass trotz verschiedener therapeutischer Massnahmen und Hilfsmitelesatzes nicht mit einer nennenswerten Verbesserung der Sehschärfe zu rechnen sei und die Einschränkung, wie sie im März 2007 festgestellt wurde, bleiben würde. Die Beschwerdeführerin sei damit "legal blind" und es sei nicht realistisch, dass sie auch nur teilweise am Arbeitsleben noch würde teilnehmen können (IV-act. 106). Auf dem Hintergrund dieses Berichts über den Verlauf der Retinopathie-Erkrankung vermag die von der MEDAS im Juli 2007 attestierte Arbeitsfähigkeitsschätzung (50 %) nicht zu überzeugen. Bei einer verbliebenen Sehschärfe von 10% sowie der vom begutachtenden Augenarzt Dr. I. ___ notierten erheblichen Einschränkungen im Alltag, der Unmöglichkeit, Einkaufen zu gehen, da sie das Geld oder die Beschriftungen nicht mehr erkennen bzw. lesen könne (IV-act. 78-4/5), ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Leistungsfähigkeit von 50% mehr realisierbar. Arbeitsplätze in geschützten Werkstätten sind vorliegend nicht zu berücksichtigen. Der RAD-Arzt Dr. O. ___ kommt in seiner Stellungnahme vom 25. Februar 2008 denn auch zum Schluss, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten im Erwerb sei spätestens ab Ende 2006 / Anfang 2007 anzunehmen (IV-act. 114). Diese Einschätzung erscheint auch dem Gericht überzeugend.

5.7 Im Verfügungszeitpunkt (5. Dezember 2007) ist somit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit ausgewiesen. Näher zu prüfen ist im Folgenden, ab wann von dieser vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist und ob bzw. seit wann bereits zuvor eine rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit vorlag.

6.

6.1 Die Ärzte der Augenklinik am Kantonsspital St. Gallen haben die massive Einschränkung des Sehvermögens bei der Beschwerdeführerin erstmals im März 2007 festgestellt. Es ist indessen davon auszugehen, dass sich die Sehschärfe infolge der



diabetischen Retinopathie allmählich verschlechtert hat und daher das Sehvermögen bereits vor dem Frühjahr 2007 massgeblich vermindert und die Arbeitsfähigkeit dadurch entsprechend beeinträchtigt war. Für die Zeit vor März 2007 finden sich in den Akten keine verbindlichen ärztlichen Angaben zum Sehvermögen der Beschwerdeführerin. Anlässlich der Untersuchung durch die MEDAS-Ärzte im Juli 2006 stand nach der Beschwerdenschilderung der Explorandin die Sehschärfenminderung indessen nicht im Vordergrund und gab keinen Anlass zu einer spezialärztlichen Abklärung. Es ist daher anzunehmen, dass der Sehkraftverlust damals noch nicht so weit fortgeschritten war, um eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nach sich zu ziehen. In seiner Stellungnahme vom 25. Februar 2008 hat der RAD-Arzt dafürgehalten, der Sehkraftverlust in dem im März 2007 diagnostizierten Ausmass dürfte bereits seit Ende 2006/Anfang 2007 eingetreten sein. Diese Einschätzung erscheint – auch auf dem Hintergrund der Krankengeschichte – überzeugend. Damit ist seit Januar 2007 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen und die Beschwerdeführerin hat in Anwendung von Art. 88a Abs. 2 IVV mit Wirkung ab 1. April 2007 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

6.2 In der angefochtenen Verfügung ist der Beschwerdeführerin ab Januar 2006 gestützt auf eine durchgehende 50%ige Arbeitsfähigkeit eine halbe Rente zugesprochen worden. In der Beschwerdeantwort räumt die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin Anspruch auf eine ganze Rente ab April 2007 ein und beantragt entsprechend die teilweise Gutheissung der Beschwerde. Demgegenüber verlangt die Beschwerdeführerin eine ganze Rente bereits ab Januar 2004.

6.3 Ist eine versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch zu durchschnittlich 40% arbeitsunfähig gewesen, so entsteht ein Rentenanspruch (aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG). Aus den Akten ist vorliegend ersichtlich, dass der Hausarzt mit Bericht vom 22. Juni 2004 eine Arbeitsunfähigkeit von 25% seit 8. Januar 2003 attestiert hat (IV-act. 11). Die Beschwerdeführerin hat noch bis Ende August 2004 gearbeitet (in einem Pensum von 60%) und darauf die Stelle aus gesundheitlichen Gründen verloren. Die IV-Stelle hat mit Verfügung vom 27. September 2004 ein Rentengesuch der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 25% abgewiesen. Seit September 2004 war die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsunfähig und es wurden ihr von der Krankentaggeldversicherungen Leistungen ausgerichtet (IV-



act. 29, 48-5/36). Vom 14. bis 26. Oktober 2004 war die Beschwerdeführerin wegen entgleister Blutzuckerwerte hospitalisiert und somit 100% arbeitsunfähig. Aus den Akten lässt sich nicht eruieren, ob die Beschwerdeführerin nach dem Spitalaufenthalt wieder vollumfänglich oder teilweise arbeitsfähig erklärt worden war. Die Beschwerdeführerin hat ab Januar 2005 einen neuen Hausarzt aufgesucht (IV-act. 25). Dr. B.____ hat deshalb erst ab Januar 2005 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bis am 28. Juni 2005 bestätigt. Für die Zeit danach hat er eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte Tätigkeit in Wechselbelastung als zumutbar erachtet (Bericht vom 31. August 2005 [IV-act. 30]). Entsprechend den Krankentaggeldzahlungen ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin weder im November noch im Dezember 2004 eine Teilarbeitsfähigkeit wiedererlangt hat, weshalb eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit von September 2004 bis Ende Juni 2005 anzunehmen ist. Die von Dr. B.____ attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit ab Juli 2005 sind von Dr. C.____ sowie Dr. F.____ in ihren jeweiligen Berichten bestätigt worden (vgl. IV-act. 21/6 und 49 S. 9). Die Beschwerdeführerin hat sich in der Folge auch bei der Arbeitslosenversicherung angemeldet. Ab Juli 2005 war es der Beschwerdeführerin deshalb im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht zumutbar, eine leidensadaptierte Tätigkeit im Umfang von 50% zu suchen und anzunehmen. Bei der Gegenüberstellung eines Valideneinkommens von Fr. 48'585.-- und des Invalideneinkommens von Fr. 21'863.-- (Fr. 48'585.-- x 0.5 [50%-Pensum] x 0.9 [10% Abzug]) resultiert ab diesem Zeitpunkt ein Invaliditätsgrad von 55%.

6.4 Das Wartejahr mit einer durchschnittlichen 40%igen Arbeitsunfähigkeit war somit Ende November 2004 erfüllt (100%ige Arbeitsunfähigkeit während 09/2004, 10/2004, 11/2004, davor durchschnittliche 25%ige Arbeitsunfähigkeit seit 01/2003). Bis Juli 2005 war die Beschwerdeführerin weiterhin 100% arbeitsunfähig. Sie hat deshalb ab Dezember 2004 Anspruch auf eine ganze Rente. Einer Rentenzusprache ab Dezember 2004 steht das abgewiesene Leistungsbegehren gemäss Verfügung vom 27. September 2004 nicht im Weg. Ab Oktober 2005 hat die Beschwerdeführerin in Anwendung von Art. 88^{bis} Abs. 2 IVV Anspruch auf eine halbe Rente. Ab April 2007 steht ihr wiederum eine ganze Rente zu, weil der Beschwerdeführerin auf Grund des faktisch vollständigen Sehsehärfenverlusts keine Arbeitstätigkeit mehr zumutbar ist.

7.



7.1 Im Sinne der vorstehenden Ausführungen ist die angefochtene Verfügung in Gutheissung der Beschwerde dahingehend abzuändern, als die Beschwerdeführerin ab dem 1. Dezember 2004 bis 30. September 2005 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Ab Oktober 2005 besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente bis 31. März 2007. Ab April 2007 hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine ganze Rente. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

7.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Beschwerdegegnerin unterliegt. Da sie gemäss Art. 3 Abs. 1 lit. b des st. gallischen Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (sGS 350.1) Teil der Sozialversicherungsanstalt und damit Teil einer selbständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt ist, kommt Art. 95 Abs. 3 VRP (Befreiung von der Pflicht zur Übernahme amtlicher Kosten) nicht zur Anwendung (vgl. Urs Peter Cavelti/Thomas Vögeli, Verwaltungsgerichtsbarkeit im Kanton St. Gallen – dargestellt an den Verfahren vor dem Verwaltungsgericht, 2. Aufl., 2003, Rz 792). Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

7.3 Die obsiegende beschwerdeführende Partei hat bei diesem Verfahrensausgang einen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Parteientschädigung bemisst sich gemäss Art. 61 lit. g ATSG nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses. Unter Berücksichtigung dieser Kriterien erweist sich eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG



entschieden:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 5. Dezember 2007 dahingehend abgeändert, als die Beschwerdeführerin ab 1. Dezember 2004 Anspruch auf eine ganze und ab Oktober 2005 Anspruch auf eine halbe Rente hat. Ab April 2007 hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine ganze Rente. Die Sache wird im Sinn der Erwägungen zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.