



Fall-Nr.: IV 2009/74
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 29.06.2020
Entscheiddatum: 18.04.2011

Entscheid Versicherungsgericht, 18.04.2011

**Art. 16 ATSG, aArt. 28 IVG: Würdigung MEDAS-Gutachten.
Einkommensvergleich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons
St. Gallen vom 18. April 2011, IV 2009/74). Bestätigt durch Urteil
Bundesgericht 9C_415/2011.**

Entscheid Versicherungsgericht, 18.04.2011

Abteilungspräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Christian Zingg und
Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Philia Roth

Entscheid vom 18. April 2011

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller, Engelgasse 214, 9053 Teufen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 2. Mai 2007 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Wegen Gleichgewichtsstörungen sei es ihr nicht mehr möglich, jeden Morgen aufzustehen. Die Gleichgewichtsstörungen und der Kopfschmerz kämen ohne Vorahnung, sodass sie nicht wisse, wie lange und andauernd sie arbeiten könne. Wenn der Schwindel oder die Kopfschmerzen kämen, dann müsse sie sich zurückziehen und brauche über längere Zeit Ruhe. Die Krankheit habe bei ihr eine tiefe Trauer und Hoffnungslosigkeit ausgelöst. Seit 14. März 2006 sei sie daher arbeitsunfähig (IV-act. 1).

A.b Die Arbeitgeberin, die B.____, berichtete der IV-Stelle des Kantons St. Gallen am 28. Mai 2007, die Versicherte sei vom 1. Februar 2001 bis 16. Juni 2006 bei ihr als Nachseherin eingestellt gewesen. Das Arbeitsverhältnis habe aufgrund der schwierigen wirtschaftlichen Situation aufgelöst werden müssen. Die Versicherte habe 43.75 Stunden pro Woche gearbeitet und zuletzt im Jahr 2005 Fr. 35'262.25 verdient (IV-act. 16).

A.c Der zuständige Arzt der Augenklinik des Kantonsspitals St. Gallen gab der IV-Stelle am 7. Januar 2008 an, die Versicherte leide an einem Schwindel ohne okuläre Ursache sowie einem frühkindlichen Schielsyndrom mit hochgradiger Amblyopie links (IV-act. 32). Dr. med. D.____, Facharzt für Anästhesie und Schmerztherapie FMH, berichtete am 9. Januar 2008, die 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige sowie für leidensangepasste Tätigkeiten sei begründet durch Gleichgewichtsstörungen, Konzentrationsstörungen und Müdigkeit. Als Diagnosen gab der Arzt chronische Schmerzzustände, Persönlichkeitsveränderungen bei chronischem Schmerz, reaktive Depressionen, berufliche und häusliche Belastungssituation, Kopfschmerz vom Spannungstyp, chronische Halswirbelsäulenbeschwerden, Ileosacralgelenksdysfunktion sowie ein Schwindelsyndrom an (IV-act. 33).

A.d Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) Ostschweiz hielt in seiner Stellungnahme vom 25. Januar 2008 fest, die medizinische Situation sei unklar. Eine polydisziplinäre



Begutachtung sei daher angezeigt (IV-act. 34). Die IV-Stelle beauftragte am 22. Februar 2008 die MEDAS Ostschweiz mit der Begutachtung (IV-act. 37). Am 25. Juni 2008 erstattete die MEDAS das Gutachten. Die Versicherte war rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch untersucht worden. Die Ärzte gaben als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) mit/bei akzentuierten histrionischen Zügen (ICD-10: Z73.1), Mischkopfschmerz: chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp (ICD-10: G44.2), chronische Kopfschmerzen vom Migränetyp (ICD-10: G43.8), Verdacht auf analgetikainduzierten Dauerkopfschmerz bei chronischem Schmerzmittelabusus (ICD-10: G44.4); einem rechtsbetonten generalisierten diffusen Schmerzsyndrom, einem chronischen Schwindel ohne Hinweise für eine neurologische Funktionsstörung sowie einem Hemisyndrom links an. Aus psychiatrischer Sicht betrage die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit 30%, wobei viele nicht invalidisierende Faktoren vorlägen. Die Willensanstrengung beziehungsweise Verarbeitung der multiplen psychosomatischen Beschwerden sei zumutbar. Die Schielamblyopie bringe funktionelle Einschränkungen bei der Tätigkeit (kein stereoskopisches Sehen, eingeschränktes Gesichtsfeld) mit sich. Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der funktionellen Beschwerden um etwa 30% gemildert. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht werde aufgrund der vielen funktionellen Begleitbeschwerden auf 20 bis 30% gemindert eingeschätzt. Aufgrund des chronischen weichteilrheumatischen Schmerzsyndroms entfielen körperlich schwere Tätigkeiten oder solche, die mit besonderen Stressbelastungen oder Zwangshaltungen verbunden seien. Insgesamt sei das Krankheitsbild durch funktionelle beziehungsweise psychosomatische Beschwerden dominiert. Polydisziplinär betrage die Arbeitsunfähigkeit 30% (IV-act. 42). Der RAD erachtete das Gutachten in seiner Stellungnahme vom 18. Juli 2008 als schlüssig und die medizinischen Schlussfolgerungen als nachvollziehbar (IV-act. 45).

A.e Die Versicherte gab am 8. September 2008 gegenüber der IV-Stelle an, sie leide seit drei Jahren an einer chronischen Erkrankung ohne eine Aussicht auf eine Heilung, weshalb sie die Fragen zur Arbeitsvermittlung nicht beantworten könne (IV-act. 47). Die IV-Stelle teilte der Versicherten deshalb am 31. Oktober 2008 mit, die Arbeitsvermittlung werde abgeschlossen (IV-act. 51).



St.Galler Gerichte

A.f Mit Vorbescheid vom 31. Oktober 2008 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, das Leistungsbegehren auf eine Invalidenrente abzuweisen (IV-act. 53). Dagegen liess die Versicherte einwenden, sie sei damit nicht einverstanden. Sie beantrage die Zusprache mindestens einer halben Rente ab März 2007. Der Sachverhalt sei zu wenig abgeklärt. Im MEDAS-Gutachten seien Akten erwähnt worden, die im IV-Dossier fehlten. Die Versicherte sei spezialärztlich weiter abzuklären, da die bereits früher objektivierete Schwindelsymptomatik nicht untersucht worden sei (IV-act. 59). Der RAD nahm am 12. Dezember 2008 zu den Einwänden der Versicherten aus medizinischer Sicht Stellung. Es erscheine sinnvoll, die betroffenen Experten selber um eine Stellungnahme zu bitten (IV-act. 61).

A.g Der Chefarzt der MEDAS Ostschweiz, Dr.med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für Allgemeine Medizin und für Neurologie FMH, gab in seinem Bericht vom 21. Januar 2009 an, der Schwindelsystematik sei man gezielt nachgegangen, weshalb die Versicherte auch durch den neurologischen Gutachter als Hauptgutachter untersucht worden sei. Man verweise auf den ausführlichen klinischen Untersuchungsbefund und die neurologischen Zusatzuntersuchungen im Gutachten. Der Untersuchungsbericht von Dr.med. C.____, Facharzt für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie FMH, vom 3. April 2006 habe ihnen vorgelegen. Man habe gezielt auch an eine vestibuläre Funktionsstörung gedacht, habe eine solche hier aber nicht verifizieren können (IV-act. 64). Der RAD schloss sich gemäss seiner Stellungnahme vom 26. Januar 2009 vollumfänglich den Ausführungen der MEDAS vom 21. Januar 2009 an (IV-act. 65).

A.h Mit Verfügung vom 28. Januar 2009 wies die IV-Stelle den Leistungsanspruch auf eine Invalidenrente ab. Zu den Einwänden der Versicherten gab die IV-Stelle an, man habe diese überprüft und auch die MEDAS um eine Stellungnahme gebeten. Diese Überprüfung habe ergeben, dass man sich nach wie vor auf die Einschätzung der MEDAS abstütze, weshalb bei einem Invaliditätsgrad von 30% kein Rentenanspruch bestehe (IV-act. 66).

B.



B.a Gegen diese Verfügung liess die Versicherte am 27. Februar 2009 Beschwerde erheben. Sie beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 28. Januar 2009 und die Zusprache mindestens einer halben IV-Rente mit Wirkung ab März 2007. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und die Sache im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das MEDAS-Gutachten sei ungenügend, weil insbesondere keine Spezialärzte für die vestibuläre Funktionsstörung beigezogen worden seien, obwohl entsprechende Diagnosen schon vor Jahren gestellt worden seien. Zudem sei anlässlich der Begutachtung ein leicht unsicheres Gangbild mit ungerichteter Fallneigung festgestellt worden. Dennoch habe die MEDAS angegeben, man sei der Frage gezielt nachgegangen. Inwiefern sei jedoch aus dem Gutachten nicht ersichtlich. Die Diagnose Fibromyalgie sei vom begutachtenden Rheumatologen gestellt worden, ohne dass Angaben darüber vorhanden seien, ob die typischen Erkennungszeichen (tender points) untersucht und gefunden worden seien. Diesbezüglich sei das Gutachten mangelhaft. Weiter würden im IV-Dossier zahlreiche Akten fehlen, welche die MEDAS in ihre Beurteilung miteinbezogen habe. Bisher habe man in diese Akten nicht Einsicht nehmen können. Schliesslich lägen Anzeichen einer atypischen Depression vor, da entsprechende Medikamente eingenommen würden und ein sekundärer Krankheitsgewinn sowie ein sozialer Rückzug vorlägen. Die psychosozialen Belastungsfaktoren seien entgegen der gutachterlichen Einschätzung ein erheblicher Grund für das Vorliegen von depressiven Episoden und deshalb IV-rechtlich von Belang. Für den Einkommensvergleich sei zu beachten, dass die Beschwerdeführerin zuletzt 43.75 Stunden pro Woche gearbeitet habe. Wenn das Valideneinkommen zur Ausgangsbasis des Invalideneinkommens genommen werde, was grundsätzlich hier richtig sei, so seien die üblichen 40.5 Stunden aktuell eben nur 93% des normalen früheren Pensums, womit beim Invalideneinkommen von Fr. 36'120.-- auszugehen sei. Nun gehe es aber nicht an, lediglich 70% davon zu nehmen, sondern es sei zusätzlich ein Leidensabzug von 25% vorzunehmen, was zu einem Invaliditätsgrad von 51.25% führe. Der RAD habe geschrieben, die Augen beanspruchende Tätigkeiten würden nicht mehr gross in Frage kommen, was eine erhebliche Einschränkung der denkbaren Stellen bedeute. Dazu kämen die rasche Ermüdbarkeit, die Schwächezustände, das Unfallrisiko, das erhöhte Krankheitsrisiko, die Teilzeitarbeit, das Alter und die fehlende Erfahrung (act. G 1).



B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte in der Beschwerdeantwort vom 29. April 2009 die Abweisung der Beschwerde. Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts bestehe die Vermutung, dass eine somatoforme Schmerzstörung oder eine Fibromyalgie in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirke. Nur im Ausnahmefall sei eine Invalidität anzunehmen, wobei verschiedene Kriterien erfüllt sein müssten. Vorliegend fehle es bereits am wichtigsten Kriterium, der psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Die Beschwerdeführerin sei seit Jahren von verschiedenen Spezialärzten untersucht und behandelt worden. Bisher habe man die von der Beschwerdegegnerin angegebene Schwindelsymptomatik nicht erklären können. Es gehe nicht an, immer wieder neue medizinische Akten zu verlangen, weil man mit dem Ergebnis der bisherigen Abklärungen nicht einverstanden sei. Das MEDAS-Gutachten sei in sich schlüssig und gut nachvollziehbar. Darauf könne abgestellt werden. Polydisziplinär sei eine Arbeitsunfähigkeit von 30% aufgrund einer Somatisierungsstörung ausgewiesen. Aus juristischer Sicht sei die Somatisierungsstörung allerdings nicht invalidisierend. Aus dem Umstand, dass keine praktische Arbeitsfähigkeit (von 70%) vorliege, könne nicht der Schluss gezogen werden, die Einschätzung der MEDAS sei falsch. Die Beschwerdeführerin sei auf ihre Krankheitsrolle fixiert. Es lägen IV-fremde Faktoren vor. Mangels Invalidität im IV-rechtlichen Sinn habe die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine IV-Rente. Die angefochtene Verfügung sei im Ergebnis richtig (act. G 6).

B.c Am 15. Juli 2009 und am 7. September 2009 reichte die Beschwerdegegnerin die im IV-Dossier bisher fehlenden ärztlichen Berichte ein (act. G 10 und 11).

B.d Die zuständige Verfahrensleitung des Gerichts bewilligte am 11. September 2009 das mit der Beschwerde gestellte Gesuch um unentgeltliche Prozessführung (act. G 13).

B.e In der Replik vom 27. Oktober 2009 liess die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen festhalten. Wie aus dem Bericht von Dr. C. ___ vom 3. April 2006 hervorgehe, liege ein multi-sensorisches Vertigo-Defizit-Syndrom mit periphär-zentraler vestibulärer Funktionsstörung rechts und visuo-oculomotorischer Schwindelkomponente vor. Eine neue Abklärung sei daher notwendig, um diese Diagnose zu prüfen, da sich die



Schwindelbeschwerden seit der Untersuchung durch Dr. C.____ verstärkt hätten. Zudem habe Dr. C.____ keine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben. Sodann gehe aus dem MEDAS-Gutachten hervor, dass die Augenproblematik bei der 30%igen Arbeitsunfähigkeit nicht berücksichtigt worden sei. Die von der MEDAS geschätzte Einschränkung von 30% sei bedingt durch das psychosomatische Beschwerdebild. Das Augenleiden sei bei der Invaliditätsbemessung zusätzlich zu berücksichtigen (act G.16).

B.f Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 4. November 2009 auf eine Duplik (act. G 18).

Erwägungen:

1.

Am 1. Januar 2008 sind die im Zug der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. In materiell-rechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist 28. Januar 2009 ergangen. Dennoch ist ein Sachverhalt zu beurteilen, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Zu beurteilen ist im vorliegenden Verfahren eine im Mai 2007 erfolgte Anmeldung für den Rentenbezug. Gemäss den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln ist für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juni 2006 [I 428/04] E. 1). Diese übergangsrechtliche Lage zeitigt indessen keine materiell-rechtlichen Folgen, da die 5. IV-Revision hinsichtlich des Begriffs und der Bemessung der Invalidität keine substantziellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig



gewesenen Rechtslage gebracht hat. Nachfolgend werden die seit 1. Januar 2008 geltenden Bestimmungen wiedergegeben.

2.

2.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, 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 zum Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

2.2 Für das gesamte Verwaltungs- und das gerichtliche Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

2.3 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). Die



Beschwerdegegnerin hat in ihrer Verfügung vom 28. Januar 2009 auf die Beurteilung der Fachärzte der MEDAS abgestellt, wonach die Beschwerdeführerin zu 30% arbeitsunfähig sei. In der Beschwerdeantwort vom 29. April 2009 argumentiert die Beschwerdegegnerin, die 30%ige Arbeitsunfähigkeit sei IV-rechtlich nicht zu beachten. Damit bei einer somatoformen Schmerzstörung oder Fibromyalgie eine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit anerkannt werde, müsse als wichtigstes Kriterium eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer erfüllt sein, was vorliegend nicht der Fall sei. Ansonsten sei das MEDAS-Gutachten schlüssig und nachvollziehbar; es sei darauf abzustellen.

2.4 Wie dem MEDAS-Gutachten vom 26. Juni 2008 zu entnehmen ist, hat die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung im Mai 2008 angegeben, sie habe seit rund 20 Jahren eine anhaltende Schwindelsymptomatik. Diese sei zu Beginn nur phasenweise bestehend gewesen. Seit drei Jahren leide sie bei jeglicher Bewegung des Körpers oder ihrer Umwelt unter Schwindel. Dieser sei begleitet durch Gangunsicherheit, Übelkeit und gelegentliches Erbrechen. Sie schlafe schlecht. Das vorbestehende Schielen habe sich verstärkt, gelegentlich habe sie wechselnde Doppelbilder. Insgesamt hätte sich das Sehen deutlich verschlechtert. Begleitend bestünden praktisch täglich Kopfschmerzen. Auch diese hätten sich in den letzten drei Jahren deutlich verstärkt und seien von Übelkeit und Erbrechen begleitet (IV-act. 42-3/18). Die MEDAS-Ärzte haben verschiedene Tests durchgeführt. Der PACT-Test vom 5. Mai 2008 hat mit 18 von 200 möglichen Punkten eine sehr tiefe Selbsteinschätzung der körperlichen Fähigkeiten ergeben, die auch nicht einer leichten sitzenden Tätigkeit (100-110 Punkte) entspricht (IV-act. 42-9/18). Die (neurologische) Dopplersonographie vom 27. Mai 2008 hat altersentsprechende unauffällige Doppler-/Duplex-sonographische Befunde der untersuchten extracraniellen und intra-craniellen, hirnzuführenden Gefässen gezeigt. Im (neurologischen) EMG-Befund vom 30. Mai 2008 haben sich elektroneurographisch und -myographisch keine Hinweise auf eine periphere Neuropathie oder eine Radikulopathie L5/S1 rechts ergeben (IV-act. 42-9/18). In der zusammenfassenden Beurteilung haben die Gutachter angegeben, in der internistischen Untersuchung habe sich ein unauffälliger Befund ergeben. Neurologisch habe sich im Wesentlichen eine median begrenzte Hemihypästhesie der rechten Körperhälfte gezeigt. Ophthalmologisch habe das bereits vorbekannte, frühkindliche Schielsyndrom mit Strabismus convergens bis divergens links und eine



hochgradige Amblyopie linksseitig bestätigt werden können; es hätten sich allerdings keine Hinweise für eine vorliegende zentrale oder periphere vestibuläre Störung, respektive eine andere relevante neurologische Funktionsstörung ergeben. Darüber hinaus leide die Beschwerdeführerin an chronischen Kopfschmerzen, die gemäss der aktuellen gültigen Klassifikation der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft (IHS) zum Teil als migräniform, zum Teil als Spannungskopfschmerz klassifiziert werden müssten. Weiterhin bestehe gemäss der anamnestischen Angaben mit regelmässigem Konsum hoher Dosen von Analgetika und dauerhaft vorhandenen Kopfschmerzen der Verdacht auf einen medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerz. In der rheumatologischen konsiliarischen Begutachtung habe sich die Diagnose eines rechtbetonten generalisierten chronischen Schmerzsyndroms ergeben, das anhand von anamnestischen, bildgebenden oder Laborbefunden kaum erklärbar sei. Es fänden sich viele Zeichen für ein nichtorganisches Krankheitsverhalten. In der psychiatrischen konsiliarischen Begutachtung habe sich die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung mit akzentuierten histrionischen Zügen, fixierter Krankenrolle und sekundärem Krankheitsgewinn ergeben. Zusammenfassend lasse sich die Diagnose einer chronischen undifferenzierten Somatisierungsstörung stellen. Zur Arbeitsfähigkeit haben die Gutachter ausgeführt, aus psychiatrischer Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit 30%, wobei viele nicht invalidisierende Faktoren vorlägen. Die Willensanstrengung zur Überwindung beziehungsweise adäquaten Verarbeitung der multiplen psychosomatischen Beschwerden sei zumutbar. Die Schielamblyopie bringe funktionelle Einschränkungen bei der Tätigkeit (kein stereoskopisches Sehen, eingeschränktes Gesichtsfeld) mit sich, die allerdings während der mehrjährigen beruflichen Tätigkeit der Beschwerdeführerin offensichtlich keine relevante Rolle gespielt hätten. Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der funktionellen Beschwerden um etwa 30% gemindert. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht werde aufgrund der vielen funktionellen Beschwerden auf 20 bis 30% eingeschätzt. Aufgrund des chronischen weichteilrheumatischen Schmerzsyndroms entfielen körperlich schwere Tätigkeiten oder solche, die mit besonderen Stressbelastungen oder Zwangshaltungen verbunden seien. Insgesamt sei das Krankheitsbild durch funktionelle beziehungsweise psychosomatische Beschwerden dominiert. Polydisziplinär betrage die Arbeitsunfähigkeit 30% (IV-act. 42-13/18 f.).



2.5 Daraus folgt, dass der Beschwerdeführerin aus polydisziplinärer Sicht eine leidensadaptierte Tätigkeit nur zu 70% zumutbar ist. Sowohl aus neurologischer, wie aus rheumatologischer und psychiatrischer Hinsicht ist eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% attestiert worden. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung und Fibromyalgie ist den Gutachtern bekannt gewesen. Zudem sind sie ausdrücklich von der Beschwerdegegnerin danach befragt worden, inwiefern die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung bei Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung oder Fibromyalgie gemäss den bundesgerichtlichen Kriterien erfüllt seien. Die Gutachter haben dazu angegeben, eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere und Dauer liege nicht vor. Die Voraussetzungen für die zumutbare Willensanstrengung seien aus psychiatrischer Hinsicht gegeben. Aufgrund der Chronifizierung des multiplen psychosomatischen Beschwerdebildes wie auch der unbefriedigenden Behandlungsergebnisse sei von einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht von 30% auszugehen. Da ein langjährig chronifizierter Krankheitsverlauf, ein sekundärer Krankheitsgewinn und eine Fixierung der Beschwerdeführerin auf ihre Krankheit vorlägen, sei nicht mit einer Besserung des Gesundheitszustandes zu rechnen (IV-act. 42-15/18f.). Damit haben die Gutachter ausgedrückt, dass entgegen der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, die sich nicht als arbeitsfähig erachtet, eine teilweise Arbeitstätigkeit von 70% zumutbar ist, beziehungsweise die Willensanstrengung, trotz der Beschwerden einer Arbeitstätigkeit nachzugehen, zu 70% zumutbar ist. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ist jedoch aufgrund des Gesamtbildes nicht gegeben und zwar sowohl aus psychiatrischen, neurologischen wie rheumatologischen Gründen. Diese polydisziplinäre Arbeitsfähigkeitsschätzung ist objektiv erfolgt. Eine Korrektur durch das Gericht drängt sich daher nicht auf. Auch der RAD hat in seiner Stellungnahme vom 18. Juli 2008 die Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS als schlüssig und nachvollziehbar bezeichnet (IV-act. 45). Daher ist von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

2.6 Die Beschwerdeführerin erachtet das MEDAS-Gutachten vom 26. Juni 2008 als mangelhaft, weil eine fachärztliche Untersuchung der Schwindelbeschwerden unterblieben sei. Die Beschwerdeführerin ist anlässlich der Begutachtung durch die MEDAS insbesondere neurologisch untersucht worden. Zusätzlich zur klinischen Untersuchung ist am 15. Mai 2008 zur Abklärung der chronischen Kopfschmerzen und



Schwindel eine cranio-cerebrale Kernspintomographie durchgeführt worden. Bis auf eine leichtgradige Mucusansammlung im Sinus sphenoidalis hat sich ein altersentsprechend normales MRI gezeigt (IV-act. 40). Dieser Befund ist von der MEDAS am 21. Januar 2009 ausdrücklich als nicht hochgradig pathologisch beurteilt worden; der Gleichgewichtssinn werde dadurch nicht beeinträchtigt (IV-act. 64). Darauf kann abgestellt werden. Auch die zusätzlich durchgeführte Dopplersonographie sowie ein EMG haben die noch im Jahr 2006 von Dr. C.____ gestellte Diagnose einer vestibulären Funktionsstörung nicht (mehr) bestätigen können. Der entsprechende Arztbericht von Dr. C.____ lag den Gutachtern vor. Sie haben die Beschwerdeführerin somit in Kenntnis dieser Diagnose untersucht. Die Beschwerdeführerin hat denn auch hauptsächlich Schwindelbeschwerden beklagt. Die Gutachter haben nach der Untersuchung ausdrücklich Hinweise für das Vorliegen einer peripheren vestibulären Störung beziehungsweise einer anderen relevanten neurologischen Funktionsstörung verneint (IV-act. 42-13/18). Als Fachärzte für Neurologie haben sie die Schwindelbeschwerden zureichend untersuchen und beurteilen können. Bereits in einer früheren augenärztlichen Untersuchung waren okuläre Ursachen für den Schwindel verneint worden. Hätten Hinweise für den Bedarf auf weitere fachärztliche Abklärungen bestanden, hätten die Gutachter eine solche veranlasst. Eine leichte Gangunsicherheit belegt noch nicht, dass eine Funktionsstörung vorhanden ist. Bei der Untersuchung der Hirnnerven konnte jedenfalls weder ein Nystagmus noch eine Oculomotorikstörung nachgewiesen werden (IV-act. 42-8/18). Eine erneute Untersuchung im Hinblick auf eine Funktionsstörung ist daher nicht nötig.

2.7 Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, die rheumatologische Diagnose könne nicht nachvollzogen werden, weil Angaben über typische Erkennungszeichen (tender points) fehlten. Der begutachtende Rheumatologe hat im Konsiliargutachten vom 15. Mai 2008 ausgeführt, das generalisierte rechtsbetonte chronische Schmerzsyndrom sei anhand von anamnestischen, bildgebenden oder Laborbefunden kaum erklärbar. Zu betonen seien die vielen Zeichen für nichtorganisches Krankheitsverhalten, so nebst der diffusen Symptombeschreibung und den präsentierten generalisierten Schmerzbefunden die hohe Schmerzbewertung, die weitgehende Erfolglosigkeit bisheriger Behandlungen, das nicht plausible Ausmass der demonstrierten Behinderung im Vergleich zu den objektivierbaren Befunde sowie die im Status aufgeführten Inkonsistenzen (Waddell-Zeichen, Griffkraft). Die aktuell



festzustellenden generalisierten rechtsbetonten Schmerzen gingen weit über ein klassisches Fibromyalgie Syndrom mit seinen typischen Tender points hinaus (IV-act. 43-3/4). Damit hat der Rheumatologe nachvollziehbar begründet, dass eben gerade keine Fibromyalgie vorliegt, sondern ein generalisiertes chronisches Schmerzsyndrom. Auf die rheumatologische Beurteilung kann abgestellt werden.

2.8 Schliesslich rügt die Beschwerdeführerin, die psychosozialen Belastungsfaktoren seien erhebliche Gründe für das Vorliegen von depressiven Episoden und daher IV-rechtlich von Belang. Gemäss dem psychiatrischen Konsiliargutachten vom 14. Mai 2008 leidet die Beschwerdeführerin an einer Somatisierungsstörung, zum Teil undifferenzierten Charakters (ICD-10: F45.0/F45.1), bei einer zugrundeliegenden akzentuierten Persönlichkeit mit histrionischen Zügen (ICD-10: Z73.1). Dazu hat der begutachtende Psychiater ausgeführt, wie so häufig bei Somatisierungsstörungen träten auch bei der Beschwerdeführerin Bilder depressiver Natur auf. Hierbei handle es sich um wechselnde Mischbilder depressiver Symptome, vor allem somatischer Art mit diagnostisch weniger bedeutsamen Symptomen wie Spannung, Sorgen, Existenzängste, verbunden mit anhaltenden multiplen körperlichen Beschwerden. Es handle sich hierbei um eine atypische Depression (ICD-10: F32.8), also um leichte, kurze depressive Episoden, die nicht länger als einige Tage anhielten, nicht kontinuierlich vorhanden seien und nicht im Vordergrund stünden. Von ihrer Ausprägung her sei das atypische depressive Zustandsbild der Beschwerdeführerin nicht invalidisierend und stelle somit keine Komorbidität von Bedeutung dar (IV-act. 44-5/6). Damit hat der begutachtende Psychiater klar eine depressive Problematik erkannt und gewürdigt und auch nachvollziehbar begründet, weshalb sie vorliegend nicht arbeitsfähigkeitsmindernd zu berücksichtigen sei.

2.9 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auf das umfassende und schlüssige MEDAS-Gutachten vom 25. Juni 2008 abgestellt werden kann. Die Beschwerdeführerin bringt denn auch keine Befunde vor, die anlässlich der Begutachtung von den verschiedenen Fachärzten nicht berücksichtigt worden wären und deren Kenntnis zu einer anderen Beurteilung geführt hätte. Das MEDAS-Gutachten erfüllt die vom Bundesgericht aufgestellten Kriterien an ein beweiskräftiges Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a), weshalb darauf abgestellt werden kann.

3.



3.1 Auf der Basis des gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeitsgrades für eine leidensadaptierte Tätigkeit ist im Folgenden der Invaliditätsgrad zu bemessen. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Verfügung vom 28. Januar 2009 auf ein Valideneinkommen von Fr. 38'839.-- abgestellt, indem sie das im Jahr 2005 zuletzt erzielte Einkommen von Fr. 37'400.-- der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2008 angepasst hat (IV-act. 66 f.). Dabei hat sie auf das zunächst im Jahr 2005 gegenüber der Ausgleichskasse deklarierte Einkommen abgestellt. Gemäss Angaben der Arbeitgeberin vom 28. Mai 2007 hat die Beschwerdeführerin im Jahr 2005 aber tatsächlich ein Einkommen von Fr. 35'262.25 erzielt (IV-act. 16: vgl. Korrektur im IK-Auszug, IV-act. 7). Dieses Valideneinkommen ist an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2008 anzupassen. Gemäss der schweizerischen Lohnentwicklung beträgt die Nominallohnentwicklung im Jahr 2006 1.2%, im Jahr 2007 1.6% und im Jahr 2008 2%, so dass sich das Valideneinkommen im Jahr 2008 auf Fr. 36'982.-- erhöht. Bei der Bestimmung des Invalideneinkommens ist die Beschwerdegegnerin davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin immer noch an ihrer bisherigen Arbeitsstelle beschäftigt wäre. Denn die Beschwerdeführerin hat im Vergleich zum durchschnittlichen Jahreseinkommen von Frauen im privaten Sektor, Niveau 4, unterdurchschnittlich verdient. Gemäss der schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2008 verdienen Frauen im Durchschnitt im Jahr 2008 Fr. 51'032.-- (Fr. 4'198.-- x 12). Wird das Invalideneinkommen auf der Basis des bisherigen Verdiensts ermittelt, ist keine Anpassung an die höhere Anzahl Arbeitsstunden pro Woche erforderlich, wie dies die Beschwerdeführerin verlangt. Angepasst an eine 70%ige Beschäftigung beträgt das Einkommen Fr. 25'887.-- (Fr. 36'872.-- x 0.7).

3.2 Die Beschwerdegegnerin hat beim Invaliditätseinkommen keinen sogenannten "Leidensabzug" anerkannt. Die Beschwerdeführerin verlangt einen Abzug von 25%. Die Augenproblematik habe eine erhebliche Einschränkung der denkbaren Stellen zur Folge. Dazu kämen die rasche Ermüdbarkeit, die Schwächezustände, das Unfallrisiko, das erhöhte Krankheitsrisiko, die Teilzeitarbeit, das Alter und die fehlende Erfahrung. Der als "Leidensabzug" bezeichnete Abzug hat nichts mit dem Leiden an sich zu tun. Vielmehr sollen damit jene Nachteile ausgeglichen werden, welche die versicherte Person bei der Anwendung statistischer Daten für das Invalideneinkommen erleidet. Die Invalidität bewirkt - neben der Arbeitsunfähigkeit - auf den realen Arbeitsmarkt bezogen eine zusätzliche Lohneinbusse. Denn die statistischen Tabellenlöhne werden



auf der Grundlage von Daten gesunder Arbeitnehmer erhoben. Solche Werte erreicht der invalide Arbeitnehmer im Allgemeinen nicht. Vielmehr muss er in der Entwicklung des Invaliditätseinkommens beziehungsweise der Invalidenkarriere mannigfaltige Nachteile gewärtigen (vgl. [BGE 126 V 75 neues Fenster](#) zum "Leidensabzug"). Der Beschwerdeführerin sind keine körperlich schweren Tätigkeiten oder solche, die mit besonderer Stressbelastung oder Zwangshaltung verbunden sind, zumutbar. Sodann schränkt die Augenproblematik die Beschwerdeführerin dahingehend ein, dass sie keine Tätigkeiten ausüben kann, die ein stereoskopisches Sehen oder ein ganzes Gesichtsfeld erfordern. Arbeiten, die diesen Einschränkungen angepasst sind, kann sie noch zu 70% ausüben. Die Beschwerdeführerin ist zudem gegenüber einer gesunden Konkurrentin aus ökonomischer Sicht benachteiligt, weil ein grösseres Risiko besteht, dass sie mehr Krankheitsabwesenheiten haben könnte und weniger flexibel sei (z.B. in Bezug auf Überstunden; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 25. November 2008 [9C_650/2008] E. 5.4). Sie wird deshalb ihre Arbeitskraft zu einem unterdurchschnittlichen Lohn anbieten müssen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. Dezember 2009 [9C_68/2009]). Dies ist in der ärztlichen Schätzung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt. Es rechtfertigt sich daher ein Abzug von 10%. Für den Umstand, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr vollzeitlich arbeiten kann, ist kein weiterer Abzug zu gewähren. Denn Frauen, die einfache und repetitive Tätigkeiten in Teilzeit verrichten, werden im Vergleich zu Vollzeitbeschäftigten überproportional entlohnt (vgl. LSE 2006, TZ*). Wird das Valideneinkommen von Fr. 36'982.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 23'299.-- gegenübergestellt, resultiert ein Invaliditätsgrad von 37%. Da dieser unter 40% liegt, besteht kein Rentenanspruch.

4.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge der am 11. September 2009 bewilligten unentgeltlichen Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien. Der Staat ist zuzufolge der am 11. September 2009 bewilligten unentgeltlichen Rechtsverbeiständung



zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin aufzukommen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dem unentgeltlichen Rechtsbeistand lediglich ein um 20% reduziertes Honorar zusteht (vgl. Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Die Entschädigung bemisst sich gemäss Art. 61 lit. g ATSG nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses. Unter Berücksichtigung dieser Kriterien erweist sich eine Entschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Gekürzt um 20% beträgt sie Fr. 2'800.--. Wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse es gestatten, ist die Beschwerdeführerin jedoch zur Nachzahlung der vom Staat entschädigten Gerichts- und Parteikosten verpflichtet (Art. 123 Abs. 1 ZPO i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin wird im Sinne der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.
3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).