



Fall-Nr.: IV 2008/367
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 14.07.2020
Entscheiddatum: 18.05.2010

Entscheid Versicherungsgericht, 18.05.2010

Art. 8 ATSG, Art. 8 und 28 IVG. Rückweisung der Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung, weil sich der Sachverhalt aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten, insbesondere der Beurteilung der behandelnden Ärztin und der davon (wegen Nichtnachvollziehbarkeit dieser Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Arbeit) abweichenden Beurteilung des RAD (ohne zugrunde liegende klinische Untersuchung), nicht ausreichend zuverlässig beurteilen lässt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Mai 2010, IV 2008/367).

Abteilungspräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Entscheid vom 18. Mai 2010

in Sachen

W.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Bruno A. Hubatka, Obere Bahnhofstrasse 24,
Postfach, 9501 Wil,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



St.Galler Gerichte

betreffend

Rente; berufliche Massnahmen

Sachverhalt:

A.

A.a Die 1954 geborene W. ___ beantragte am 26./28. Februar 2008 bei der Invalidenversicherung eine Rente. Sie gab an, sie habe eine Anlehre als Coiffeuse gemacht. Seit einem G. ___-Unfall im August 1980 (Bruch beider Sprunggelenke) sei sie in ihrem Alltag beim Gehen und Stehen eingeschränkt. Sie habe täglich Schmerzen, morgens stark. Ihr Gesundheitszustand habe sich in den letzten Jahren durch Arthrose verschlechtert. Vom 1. Oktober 2004 bis 30. April 2006 sei sie arbeitslos gewesen, seit 1. Mai 2006 sei sie ausgesteuert. Sie beziehe Sozialhilfe (IV-act. 1).

A.b Während der Frühinterventionsphase beurteilte der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung am 10. März 2008 das Eingliederungspotential der Versicherten als sehr klein.

A.c Die kantonale Arbeitslosenkasse meldete der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen am 6. März 2008 auf Anfrage, die Versicherte sei seit dem 1. Oktober 2004 als arbeitslos gemeldet. Zu Beginn habe sie eine Arbeitsstelle zu 50 % gesucht, ab 1. Dezember 2004 zu 60 %, ab 1. April 2005 zu 80 % und zuletzt ab 1. Januar 2006 zu 100 %. Die Vermittlungsfähigkeit sei entsprechend festgelegt worden. Der versicherte Verdienst habe bei einem Beschäftigungsgrad von 81.56 % Fr. 2'676.-- betragen. Die Aussteuerung sei am 15. Mai 2006 erfolgt. Bei der Stellensuche werde die Versicherte nicht mehr unterstützt. Beigelegt wurde ein Arztzeugnis von Dr. med. A. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 17. Mai 2006. Dr. A. ___ hatte der Versicherten eine volle Arbeitsunfähigkeit seit 8. Mai 2006 bis auf weiteres bescheinigt (IV-act. 9).

A.d Dr. med. B. ___, Ärztin für Allgemeine Medizin, gab in ihrem Arztbericht vom 18. April 2008 als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an: Knick-, Senk- und Spreizfuss beidseits bei (erstens) Status nach OSG-Trauma beidseits vor 27 Jahren,



St.Galler Gerichte

(zweitens) cuneiforme-naviculare Arthrose beidseits, Fersensporen beidseits und (drittens) beginnender USG- und OSG-Arthrose. Die Versicherte stehe seit Dezember 2007 bei ihr in Behandlung. Der Gesundheitszustand sei sich verschlechternd, medizinische Massnahmen würden die Arbeitsfähigkeit nicht verbessern können und berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt. Die Versicherte benötige Einlagen (Hilfsmittel). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Bei der bisherigen Tätigkeit bestünden Dauerschmerzen: Stehen sei nicht mehr als zwei Stunden lang möglich, nach vier Stunden wirkten sie sich auch im Sitzen aus. Es bestehe dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit von 50 %. Leichtere, im Sitzen zu verrichtende Tätigkeiten seien der Versicherten an vier Stunden täglich (50 %) zumutbar. Dr. B.____ legte einen Bericht eines Röntgeninstituts vom 28. Dezember 2007 und einen Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 25. Februar 2008 bei (IV-act. 13).

A.e Der RAD hielt am 2. Juni 2008 dafür, die vorwiegend im Stehen zu verrichtende Tätigkeit als Coiffeuse sei nicht mehr zu empfehlen. Bei Vermeiden von längeren Gehstrecken, von Gehen auf unebenem Grund und von längerem Stehen bestehe keine Einschränkung in einer Tätigkeit. In adaptierter Tätigkeit sei die Versicherte also voll arbeitsfähig. Die Einschätzung von Dr. B.____, wonach die Versicherte dort nur zu 50 % arbeitsfähig sein solle, sei nicht nachvollziehbar (IV-act. 20).

A.f Mit zwei Vorbescheiden (IV-act. 23 ff.) stellte die IV-Stelle der Versicherten am 3. Juni 2008 die Abweisung des Rentenanspruchs (Invaliditätsgrad null) und des Anspruchs auf berufliche Massnahmen (keine Notwendigkeit) in Aussicht.

A.g Dr. B.____ wandte am 1. Juli 2008 (IV-act. 28) für die mitunterzeichnende Versicherte ein, der Invaliditätsgrad der Versicherten liege nach ihrer Auffassung bei mehr als 40 %. Sie sei nicht eingegliedert. Trotz entsprechender Bemühungen habe sie ihrer Schmerzen wegen keinen Arbeitsplatz gefunden. Eine Umschulung sei notwendig. Als Beilage reichte Dr. B.____ einen Bericht über eine weitere bildgebende Diagnostik vom 6. Juni 2008 ein, wonach sich im Verlauf eine zunehmende Volumenminderung des Os naviculare mit Verdacht auf Sinterung gezeigt habe und zum Ausschluss einer Osteonekrose eine ergänzende MRT-Untersuchung empfohlen sei. Ferner werde ein Spezialistenbericht von Dr. C.____ folgen.



St.Galler Gerichte

A.h Mit zwei Verfügungen vom 31. Juli 2008 lehnte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle eine Leistungspflicht ab. Als Coiffeuse bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, für leichte bis mittelschwere körperlich adaptierte Arbeiten aber betrage die Arbeitsfähigkeit zumutbarerweise 100 %. In den nachgereichten Unterlagen würden keine neuen medizinisch objektivierbaren wesentlichen Änderungen der Befunde oder Symptome mitgeteilt. Eine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse sei nicht zu verzeichnen (Validen- und Invalideneinkommen je Fr. 50'881.--). Ein Rentenanspruch bestehe nicht. Die Versicherte sei angemessen eingegliedert; berufliche Massnahmen seien nicht notwendig (IV-act. 30 f.).

B.

Gegen diese beiden Verfügungen richtet sich die Beschwerde vom 5. September 2008 (Poststempel: 6. September 2008). Die Beschwerdeführerin beantragt die Zusprechung beruflicher Massnahmen und einer Rente von 50 %, ausserdem eine unentgeltliche Verbeiständung. Sie sei nicht angemessen eingegliedert, sondern seit 1. Juni 2006 vom Sozialamt abhängig. Gemäss Dr. B.____ liege ihr Invaliditätsgrad über 40 %. - Am 7./9. Oktober 2008 hat die Beschwerdeführerin ihren Rechtsvertreter bezeichnet und die eingeforderten Unterlagen zum Gesuch um unentgeltliche Prozessführung eingereicht.

C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 28. Oktober 2008 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Im Bericht über die bildgebende Diagnostik vom 6. Juni 2008 würden im Wesentlichen die bereits bekannten Diagnosen aufgeführt und keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit gemacht. Es bestehe deshalb kein Anlass, von der Einschätzung des RAD abzuweichen. Die Beschwerdeführerin sei in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Da sie viele Jahre lang gar nicht erwerbstätig gewesen sei und ansonsten offenbar hauptsächlich teilzeitlich gearbeitet habe, sei es ihr bei der bestätigten Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit ohne weiteres möglich und zumutbar, ein Einkommen in der Höhe des früher erzielten zu generieren. Die Rentenabweisung sei zu Recht ergangen. Die Begründung, die Beschwerdeführerin sei angemessen eingegliedert, sei unglücklich formuliert, da sie aktuell keine Stelle habe.



Jedoch könnte und müsste sie irgendeine Arbeit, die den adaptierten Bedingungen entspreche, annehmen und wäre so angemessen eingegliedert. Bereits früher - auch nach dem Unfall 1980 - habe sie an diversen Arbeitsstellen in verschiedenen Branchen gearbeitet. Das wäre nach der medizinischen Aktenlage auch jetzt noch ohne weiteres möglich. Berufliche Massnahmen seien daher nicht zuzusprechen.

D.

Am 5. November 2008 hat die Gerichtsleitung das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) vor Versicherungsgericht bewilligt.

E.

Mit Replik vom 9. Dezember 2008 reicht Rechtsanwalt lic. iur. Bruno A. Hubatka als Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin verschiedene Akten (zum Lebenslauf, dem G. ___-Unfall, zu Leistungsbezügen bei der Krankenkasse, zu Ausbildungen und zu Behandlungen und Therapien) ein. Die Beschwerdegegnerin habe nur spärlich Unterlagen beigezogen. Aus den neu eingereichten Akten ergebe sich, dass der Beschwerdeführerin eine Tätigkeit im angestammten Beruf als Coiffeuse nicht mehr möglich sei. Es seien bleibende medizinische Einschränkungen vorhanden und es frage sich, ob damit überhaupt noch eine berufliche Tätigkeit ausgeübt werden könne. Die behandelnden Medizinalpersonen seien bezüglich der Berufsmöglichkeiten der Beschwerdeführerin ratlos. Die Beschwerdegegnerin habe ihr bei dieser Sachlage ohne Abklärung einer Wiedereingliederung oder Berufsberatung und ohne Bezeichnung einer konkret möglichen Tätigkeit das Einkommen einer anderen Beschäftigung angerechnet. Eine solche pauschale Feststellung ohne Prüfung der Vermittlungsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt entspreche nicht den gesetzlichen Anforderungen. Wie die Weiterbildungsbeilagen zeigten, sei die Beschwerdeführerin mit grosser Offenheit bereit, sich beruflich anzupassen. Die Beschwerdegegnerin habe Wiedereingliederungsbemühungen an die Hand zu nehmen und könne allenfalls die Arbeitslosenkasse beauftragen. Die 54-jährige Beschwerdeführerin habe noch eine Aktivitätsdauer von zehn Jahren auf dem Arbeitsmarkt vor sich und wolle aus der Sozialhilfeabhängigkeit herauskommen. Sie bevorzuge eine Tätigkeit im alternativ-



medizinischen Bereich. Jedenfalls aber benötige sie eine Umschulung in eine Tätigkeit mit Sitzgelegenheit und ohne körperliche Beanspruchung. Aufgrund der vorhandenen Akten lasse sich wohl keine Entscheidung treffen. Vielmehr seien ergänzende Abklärungen anzuordnen. Beigelegt war etwa eine ärztliche Bestätigung von Dr. med. D.____, Allgemeine Medizin FMH, vom 10. November 2008, wonach die Beschwerdeführerin aufgrund der Arthrose in den Sprunggelenken nicht mehr länger als eine Stunde anhaltend Stehen und nicht länger als eine halbe Stunde anhaltend Gehen könne. Eine im Sitzen zu verrichtende Bürotätigkeit könnte sie (im Unterschied zum gelernten Beruf) noch zu 50 % verrichten. Der Chiropraktor Dr. E.____ hatte Dr. med. F.____, Allgemeinmedizin, am 6. Februar 2006 berichtet, es seien am ehesten ein lumbosakrales spondylogenes Schmerzsyndrom und ein iliosakrales Reizsyndrom links zu diagnostizieren. Dr. F.____ hatte am 12. November 2008 bescheinigt, die Beschwerdeführerin stehe seit März 2005 unter anderem wegen chronischer Beschwerden des Bewegungsapparates in klassisch homöopathischer Behandlung.

F.

Die Beschwerdegegnerin hat am 15./18. Dezember 2008 auf die Einreichung einer Duplik verzichtet und hält unter Hinweis auf die Ausführungen in der Beschwerdeantwort am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Am 1. Januar 2008 ist die 5. IV-Revision in Kraft getreten. Die Beschwerdegegnerin hat die angefochtenen Verfügungen am 31. Juli 2008, also unter der Geltung des Rechts dieser Revision, erlassen. Zu beurteilen ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses dieser Verfügung entwickelt hat. Dieser Sachverhalt reicht in eine Zeit vor Inkrafttreten der 5. IV-Revision zurück. Die 5. IV-Revision enthält keine die Rente betreffende übergangsrechtliche Bestimmung. Das Bundesamt für Sozialversicherungen unterstellt aber zu Recht eine ausfüllungsbedürftige Lücke (vgl. das Rundschreiben Nr. 253 vom 12. Dezember 2007). Die Definition der Sachverhalte, auf die noch altes Recht anwendbar sein soll, sollte durch ein materiell-rechtliches,



unbeeinflussbares Merkmal erfolgen. In Frage kommen der Zeitpunkt der Entstehung des Auszahlungsanspruchs oder der Eintritt des Versicherungsfalls, beide definiert nach dem alten, ausser Kraft getretenen Recht (zum Ganzen im Detail der Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S M. vom 28. Oktober 2009, IV 2009/5). Bezüglich des Rentenbeginns sind deshalb vorliegend angesichts der IV-Anmeldung von Februar 2008 und des zurückliegenden Eintritts der Arbeitsunfähigkeit (möglicherweise im Mai 2006) die bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Bestimmungen (im Folgenden angeführt) anzuwenden. Für die Invaliditätsbemessung hat sich indessen keine Änderung der Rechtslage ergeben.

1.2 Mit den angefochtenen Verfügungen hat die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin (in Bezug auf die Ansprüche auf berufliche Massnahmen und auf eine Rente) abgewiesen.

2.

2.1 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen wie für denjenigen auf eine Rente sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen für eine Erwerbstätigkeit von Bedeutung. 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). Ob die versicherte Person eine ihr zumutbare Tätigkeit auch tatsächlich ausübt, ist für die Invaliditätsbemessung hingegen unerheblich (Rz 3046 des vom Bundesamt für Sozialversicherungen erlassenen Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH).

2.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Alle Beweismittel sind, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und es ist danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine



zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (vgl. BGE 125 V 351).

2.3 Bei der Würdigung von Berichten der behandelnden Ärzte ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass es ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung wegen mitunter vorkommt, dass sie in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (so etwa der Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S C. vom 6. Dezember 2006, I 329/06; BGE 125 V 353 E. 3b/cc; vgl. Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, S. 229 f.). Es muss bei ihnen auch damit gerechnet werden, dass sie sich durch die "Macht des Faktischen" von der pessimistischen subjektiven Einstellung ihrer Patienten überzeugen lassen (so der nicht veröffentlichte Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S A.M.-C. vom 27. März 2003). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf aber nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S B. vom 27. Mai 2008, 9C_24/08).

2.4 Die regionalen ärztlichen Dienste setzen gemäss Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 Abs. 1 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen. Gemäss Art. 49 Abs. 2 IVV können sie bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest. Entgegen dem in der Rechtsprechung (Bundesgerichtsentscheid i/S Z. vom 14. Juli 2009, 9C_323/09) erweckten Eindruck ist aus der Anleitung des Art. 49 Abs. 2 IVV zur Arbeitsweise des RAD nichts zur Frage abzuleiten, ob im Einzelfall eigene Untersuchungen erforderlich sind oder nicht. Das Absehen von eigenen Untersuchungen kann ein Grund sein, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es nicht um die Beurteilung eines im Wesentlichen bereits feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person unentbehrlich ist (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S G. vom 10. März 2010, IV 2009/93;



vgl. auch Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S G. vom 11. März 2010, IV 2008/427, und i/S K. vom 17. Juni 2009, IV 2007/454). Auch auf Stellungnahmen des RAD kann nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S M. vom 15. Dezember 2006, I 694/05 E. 2).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin liegt bei den Akten zunächst der IV-Arztbericht von Dr. B.____ vom 18. April 2008. Danach ist der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar, leichtere, im Sitzen zu verrichtende Tätigkeiten sind noch zu 50 %, d.h. an vier Stunden täglich, zumutbar. Die Arbeitsunfähigkeit ergibt sich aus beidseitigen Fuss- und Sprunggelenksleiden (Knick-, Senk- und Spreizfuss, Status nach OSG-Trauma vor 27 Jahren, cuneiforme-naviculare Arthrose, Fersensporn und beginnende USG- und OSG-Arthrose).

3.2 Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung der behandelnden Ärztin für eine adaptierte Tätigkeit, begründet mit Dauerschmerzen, die sich nach vier Stunden auch im Sitzen auswirkten, hielt der RAD für nicht nachvollziehbar. Würden längeres Stehen und Gehen und Gehen auf unebenem Grund vermieden, so beeinträchtigte das Leiden die Arbeitsfähigkeit nicht.

3.3 Dass auch die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten, also die Füsse und Sprunggelenke nicht beanspruchenden Tätigkeit zur Hälfte eingeschränkt sei, ist tatsächlich aufgrund des Arztzeugnisses von Dr. B.____ nicht von vornherein plausibel und die Auffassung des RAD also nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen.

3.4 Bei dieser dürftigen Beweislage wären allerdings ergänzende Abklärungen unabdingbar gewesen. Der RAD hat mit seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht das Abstellen auf die eine oder die andere in den Akten wiedergegebene medizinische Würdigung befürwortet, sondern eine eigene Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben,



die durch keine andere medizinische Beurteilung - eines Arztes oder Gutachters, welcher die Beschwerdeführerin selber untersucht hätte - gestützt wird. Begründet wird die Arbeitsfähigkeit von 100 % in adaptierter Tätigkeit vom RAD allein damit, dass die Beurteilung der behandelnden Ärztin nicht nachvollziehbar sei. Die RAD-Arbeitsfähigkeitsschätzung ist aber nicht das Ergebnis einer eigenen Befunderhebung. Eine überwiegende Wahrscheinlichkeit hat die Einschätzung einer vollen Arbeitsfähigkeit bei diesen Gegebenheiten nicht für sich.

3.5 Die erforderliche Klärung ergibt sich auch nicht aus den nach der RAD-Beurteilung eingereichten medizinischen Akten. Dr. B.____ erklärte die nach ihrer Auffassung 40 % übersteigende "Invalidität" im Einwand gegen den Vorbescheid damit, dass die Beschwerdeführerin nicht eingegliedert sei und der Schmerzen wegen keinen Arbeitsplatz gefunden habe. Sie legte einen Bericht über eine bildgebende Diagnostik vom 6. Juni 2008 ein, worin zum Ausschluss einer Osteonekrose eine MRT-Untersuchung empfohlen wurde. Nach der Aktenlage ist noch keine entsprechende Abklärung erfolgt. Beim medizinischen Laien weckt der geäusserte Verdacht auf eine Sinterung und/oder eine allfällige Osteonekrose Zweifel an der Verlässlichkeit der Arbeitsfähigkeitsschätzung von 100 %, selbst wenn sie sich auf angepasste Arbeiten bezieht. Dr. D.____, Arzt im gleichen Zentrum wie Dr. B.____, bestätigte (am 10. November 2008, nach dem Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung) deren Arbeitsfähigkeitsschätzung von 50 % für eine im Sitzen zu verrichtende Arbeit, ohne allerdings eine Begründung abzugeben. Weitere Arbeitsfähigkeitsschätzungen sind nicht vorhanden.

3.6 Dazu kommt, dass sich den mit der Replik eingereichten Aufschrieben der Beschwerdeführerin entnehmen lässt, dass sie ärztliche Hilfe auch weiterer Beschwerden wegen (Nacken, untere Wirbelsäule/Becken, rechtes Knie) gesucht hat. Dr. F.____ etwa bescheinigte denn auch am 12. November 2008, dass sie seit März 2005 wegen chronischer Beschwerden des Bewegungsapparates in Behandlung stehe, die als Langzeitfolgen einer beidseitigen Sprunggelenksverletzung zu beurteilen seien. Der Chiropraktor Dr. E.____ hat am 6. Februar 2006 von einem lumbosakralen spondylogenen Schmerzsyndrom und einem iliosakralen Reizsyndrom links berichtet. Diese Beeinträchtigungen haben im IV-Arztbericht von Dr. B.____ keine Erwähnung gefunden. Welchen Grund das hat, wird nicht ersichtlich. Aktenkundig geworden ist



ferner, dass die Beschwerdeführerin in den Jahren 2005 und 2006 bei Dr. A.____ in Behandlung gestanden hatte. Unter diesen Umständen erscheint eine ergänzende medizinische Abklärung, welche auf der Erhebung einer umfassenden Anamnese und der Befunde basiert, unerlässlich.

4.

4.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügungen vom 31. Juli 2008 teilweise gutzuheissen und die Sache ist zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 Eine Rückweisung zur weiteren Abklärung der Streitsache und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin stellt praxisgemäss aus prozessualer Sicht in Bezug auf die Kosten ein vollständiges Obsiegen dar (vgl. SVR 1995 IV Nr. 51 S. 143; ZAK 1987 S. 266 E. 5a). Angesichts des Unterliegens der Beschwerdegegnerin rechtfertigt es sich, ihr die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidegebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) vom 5. November 2008 ist damit obsolet geworden.

4.3 Die Beschwerdeführerin hat bei vollem Obsiegen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Bedeutung der Streitsache und dem merklich unterdurchschnittlichen Aufwand angemessen erscheint vorliegend eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG



entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde werden die angefochtenen Verfügungen vom 31. Juli 2008 aufgehoben und die Sache wird zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- zu bezahlen.