



Fall-Nr.: IV 2012/477
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 03.06.2020
Entscheiddatum: 19.02.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 19.02.2014

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Würdigung Gutachten. Mangelhaftes Erstgutachten steht der Beweiskraft des ZMB-Gutachtens und der darin enthaltenen retrospektiven Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht entgegen. Kein rentenbegründender Invaliditätsgrad bei einer 80%igen Restarbeitsfähigkeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Februar 2014, IV 2012/477).

Entscheid Versicherungsgericht, 19.02.2014

Vizepräsidentin Marie-Theres Rüegg Haltinner, Versicherungsrichterinnen

Karin Huber-Studerus und Marie Löhner; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Entscheid vom 19. Februar 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, Anwaltskanzlei St. Jakob,
St. Jakob Strasse 37, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____, geboren 19____, meldete sich am 1. Dezember 2008 zum Bezug von IV-Leistungen an (act. G 5.1.1). Anlässlich des Frühinterventionsgesprächs vom 2. Dezember 2008 gab die behandelnde Dr. med. B.____, Medizinische Beratung und Behandlung, gegenüber der RAD-Ärztin Dr. med. C.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, an, die Versicherte leide an einer Funktionseinschränkung der rechten Hand (Schmerzen, Bewegungs- und Krafteinschränkung) bei Status nach wiederholter Dupuytren-Operation. Zurzeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit (Protokoll vom 10. Dezember 2008, act. G 5.1.14). Der behandelnde Handchirurg Dr. med. D.____ diagnostizierte im Bericht vom 30. Dezember 2008 eine Kompressionsneuropathie des Nervus ulnaris rechts und des Nervus medianus rechts sowie einen Zustand nach zweimaliger Karpaltunnelspaltung und nach Vorverlagerung des Nervus ulnaris. Für die bisherige Reinigungstätigkeit (act. G 5.1.1-6) bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 5.1.19). Dr. B.____ stellte im Bericht vom 14. Januar 2009 (Datum Posteingang IV-Stelle) zusätzlich die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1; act. G 5.1.20). In Würdigung der Aktenlage kam die RAD-Ärztin am 19. Januar 2009 zum Schluss, zurzeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten. Der Gesundheitszustand sei noch nicht stabil und es bestehe keine Eingliederungsfähigkeit (act. G 5.1.21). Dr. D.____ berichtete am 3. Juni 2009, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich verbessert. Für leichtere Arbeiten bescheinigte er eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (act. G 5.1.30).

A.b Im Rahmen der am 28. Oktober 2009 durchgeführten Haushaltsabklärung wurde die Versicherte als Vollerwerbstätige qualifiziert (Abklärungsbericht vom 9. Dezember 2009, act. G 5.1.38).

A.c Dr. B.____ gab am 21. Januar 2010 an, der Gesundheitszustand habe sich seit Januar 2009 nicht verändert (act. G 5.1.40).



A.d Dr. med. E.____, Neurologie FMH, berichtete 16. März 2010 gestützt auf die von ihr vorgenommenen neurologischen und elektrophysiologischen Untersuchungen, dass die Beschwerden an der rechten oberen Extremität wahrscheinlich als residuell nach der Pathologie des Nervus ulnaris rechts zu interpretieren seien. Aktuell finde sie klinisch keine schwere Ausfallssymptomatik im Innervationsgebiet des Nervus ulnaris rechts, insbesondere keine motorischen Ausfälle, trotz der beklagten Hyposensibilität in den ulnaren Fingern rechts spüre die Versicherte überall feinste Berührungen. Hingegen zeige sich elektrophysiologisch ein leichtgradiges sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom rechts, das wahrscheinlich als Rezidiv zu interpretieren sei, sofern eine operative Dekompression bereits erfolgt sei (act. G 5.1.49-18 ff.).

A.e Im von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten vom 2. April 2010 der Dres. med. F.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, und H.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (nachfolgend: Gutachten F.____/H.____), das gestützt auf Untersuchungen vom 15. März 2010 und in Berücksichtigung des neurologischen Konsiliarberichts vom 16. März 2010 erfolgte, diagnostizierten die Experten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Karpalfachspaltung rechts 2004; alle Operationen den rechten Arm betreffend, ausgeführt von Dr. D.____; ein Schulter-/Armsyndrom rechts neurologisch beurteilt durch Dr. E.____ als residuelle Kompressions-Neuropathie bei Vernarbungen nach den diversen Operationen des Nervus ulnaris und medianus rechts; eine Schmerzausweitung auf Schulter-/Armbewegungseinschränkung rechts. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei u.a. der Status nach mittelgradiger depressiver Episode, aktuell remittiert. Eine Telefonauskunft von Dr. E.____ habe ergeben, dass diese aus neurologischer Sicht bezogen auf eine leichte Arbeit von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgehe. Dr. F.____ führte bei der Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit aus, das vermehrte Pausenbedürfnis führe zu einem zeitlichen Arbeitsabzug von 20% und die anzunehmende Leistungsminderung hinsichtlich des rechten Arms werde "grosszügig" mit 30% bemessen. Insgesamt bestehe eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten, was sich mit der neurologischen Beurteilung von Dr. E.____ decke (act. G 5.1.49). Die RAD-Ärztin hielt die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung, insbesondere die somatische, für nicht ausreichend schlüssig oder nachvollziehbar. Dr. F.____ weise mehrfach auf Inkonsistenzen hin, ohne die notwendigen Schlussfolgerungen zu ziehen. Er habe ausdrücklich eine



"grosszügige" Arbeitsfähigkeitsschätzung vorgenommen. Gefordert sei indessen eine Einschätzung aufgrund objektivierbarer Befunde. Auf die gutachterliche Beurteilung könne daher nicht abgestellt werden. Die RAD-Ärztin empfahl, zuerst Eingliederungsmassnahmen ausgehend von einer mindestens 50%igen Arbeitsfähigkeit zu prüfen. Anschliessend sei zu entscheiden, ob weitere Abklärungen erforderlich seien (Stellungnahme vom 6. Mai 2010, act. G 5.1.50).

A.f Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 24. August 2010 mit, sie gewähre ihr Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (act. G 5.1.62). Im Schlussbericht vom 23. November 2010 hielt die Eingliederungsverantwortliche fest, die Versicherte fühle sich subjektiv nicht arbeitsfähig, habe sich vom Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum abgemeldet und wünsche keine berufliche Unterstützung seitens der IV-Stelle (act. G 5.1.68; zur Mitteilung vom 18. April 2011 betreffend Abschluss der Arbeitsvermittlung siehe act. G 5.1.81).

A.g Dr. B.____ stellte im Bericht vom 1. Februar 2011 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: ein Schulter-Armsyndrom rechts, eine zweimalige Karpaltunnelspaltung, ein chronisches Schmerzsyndrom sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32, seit 2006; act. G 5.1.74). Dr. D.____ teilte der IV-Stelle am 4. April 2011 mit, eine handchirurgische Verlaufskontrolle vom 28. März 2011 habe ein ganz anderes Bild als noch vor einem Jahr ergeben. Von Seiten des Ulnaris bestünden jetzt keine oder höchstens diskrete Beschwerden. Dies sei eine eindeutige Verbesserung. Eigentlich sollte die Versicherte leichtere Arbeiten wieder durchführen können. Bezüglich eines allfälligen IV-Leistungsanspruchs schlug er weitere Abklärungen "von einer dritten Stelle" vor (act. G 5.1.77). Die RAD-Ärztin empfahl in der Stellungnahme vom 23. Mai 2011 das Einholen eines MEDAS-Gutachtens (act. G 5.1.82). Die IV-Stelle gab daraufhin beim ZMB Zentrum für Medizinische Begutachtung eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag (act. G 5.1.84).

A.h Vom 12. bis 15. März 2012 befand sich die Versicherte (stationär) für die (allgemeinmedizinischen, rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen) Untersuchungen im ZMB. Im Gesamtgutachten vom 15. Mai 2012 diagnostizierten die Experten: ein Schulter-Hand-Syndrom rechts (Status nach CTS-Operation rechts 2004, nach CTS-Operation mit Synoviallappenplastik rechts 2007, nach Operation mit



St.Galler Gerichte

Neurolyse des Nervus Ulnaris rechts/Vorverlagerung und Distalisierung der Flexor pronator-Gruppe April 2008) ein mögliches Karpaltunnelsyndrom-Rezidiv rechts, eine Epicondylopathia humeri lateralis und medialis rechts sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen. Seit der Operation von April 2008 bestünden eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Reinigungstätigkeit und eine 80%ige Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten (act. G 5.1.87). Die RAD-Ärztin hielt das ZMB-Gutachten für beweistauglich. Beginn der langandauernden Krankheit sei der 9. April 2008 (Stellungnahme vom 6. Juni 2012, act. G 5.1.88).

A.i Ausgehend von einer 80%igen Restarbeitsfähigkeit ermittelte die IV-Stelle einen 20%igen Invaliditätsgrad und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 23. August 2012 in Aussicht, das Rentenbegehren abzuweisen (act. G 5.1.92). Dagegen erhob die Versicherte am 5. September 2012 Einwand (act. G 5.1.93). In der ergänzenden Begründung brachte sie vor, das Gutachten F. ___/H. ___ sei schlüssiger als das ZMB-Gutachten, zumal es im Einklang mit den medizinischen Vorakten stehe. Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens sei ein Tabellenlohnabzug von mindestens 15% gerechtfertigt (act. G 5.1.99). Die RAD-Ärztin erachtete die Argumentation der Versicherten für nicht überzeugend und sah keinen Anlass, vom ZMB-Gutachten abzuweichen. Der Beginn der langandauernden, ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit setzte sie neu gestützt auf die Akten des Krankentaggeldversicherers auf 10. Dezember 2007 fest (Stellungnahme vom 7. November 2012, act. G 5.1.100). Am 15. November 2012 verfügte die IV-Stelle die Rentenabweisung (act. G 5.1.101).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 15. November 2012 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 19. Dezember 2012. Die Beschwerdeführerin beantragt darin unter Kosten- und Entschädigungsfolgen deren Aufhebung sowie die Zusprache einer ganzen Invalidenrente spätestens ab Juni 2009. Eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme weiterer Abklärungen zurückzuweisen. Zur Begründung führt die Beschwerdeführerin aus, es bestünden beim ZMB-Gutachten mehrere Mängel, weshalb die darin vorgenommene Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht schlüssig sei. Diese vermöge die fachlich hierfür nicht qualifizierte RAD-Ärztin mit ihren



Stellungnahmen nicht zu beheben. Gestützt auf das Gutachten F.___/H.___ und die seither eingetretene gesundheitliche Verschlechterung sei von einer Arbeitsfähigkeit von weniger als 50% auszugehen. Bei der Bestimmung des Invalideneinkommens sei ein 15%iger Abzug zu berücksichtigen (act. G 1). Am 21. Dezember 2012 reichte die Beschwerdeführerin bei der IV-Stelle ein neues Gesuch um Ausrichtung von Leistungen, allenfalls ein Revisionsgesuch für den Fall ein, dass die erhobene Beschwerde nicht vollumfänglich geschützt werde (act. G 5.1.106).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 13. Februar 2013 die Abweisung der Beschwerde. Sie vertritt den Standpunkt, das ZMB-Gutachten sei vollumfänglich beweiskräftig. Gestützt darauf sei ein rentenbegründender Invaliditätsgrad zu Recht verneint worden. Die RAD-Ärztin verfüge über die erforderlichen Fachkenntnisse und habe schlüssig aufgezeigt, weshalb das Gutachten F.___/H.___ mangelhaft sei. Es lägen keine Umstände vor, die einen Abzug bei der Bestimmung des Invalideneinkommens rechtfertigten (act. G 5).

B.c Mit Präsidialentscheid vom 19. März 2013 wurde dem Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung) entsprochen (act. G 6).

B.d Die Beschwerdeführerin hält in der Replik vom 29. Juli 2013 unverändert an der Beschwerde fest. Mit der Replik reicht sie den Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik H.___ vom 26. Juni 2013 ein, wo sie für die Dauer vom 4. Februar bis 20. März 2013 hospitalisiert war (act. G 17.1). Die darin diagnostizierte mittelgradige depressive Episode sei bereits vor Verfügungserlass aufgetreten (act. G 17).

B.e Die Beschwerdegegnerin hat auf eine Duplik verzichtet (act. G 19).

B.f Am 29. November 2013 reicht die Beschwerdeführerin den Austrittsbericht der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums I.___ vom 29. Oktober 2013 ein, wo sie während der Dauer vom 12. August bis 18. Oktober 2013 behandelt wurde (act. G 21.1). Dieser Bericht beschlage den vor Verfügungserlass eingetretenen Gesundheitszustand und sei bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen (act. G 21).



Erwägungen:

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

1.1 Als Invalidität gilt gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder länger dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50% oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist.

1.2 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

2.



Vorab ist die Frage zu beantworten, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf die von den ZMB-Gutachtern vorgenommene Arbeitsfähigkeitsbeurteilung (act. G 5.1.101). Die Beschwerdeführerin hält diese für nicht beweiskräftig (act. G 1 und G 17).

2.1 Im Wesentlichen bringt die Beschwerdeführerin vor, die ZMB-Gutachter hätten zu Unrecht eine Diskrepanz zwischen der eigenen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung und derjenigen gemäss Vorakten - insbesondere der Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten F.____/H.____ - verneint (act. G 1, S. 6).

2.1.1 Zunächst ist festzustellen, dass das ZMB-Gutachten auf umfassenden Untersuchungen beruht, sämtliche geklagten Leiden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten erstellt wurde, was von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten wird. Für leidensangepasste Tätigkeiten bescheinigten die ZMB-Experten im Nachgang zu einer interdisziplinären Konsensbesprechung ab April 2008 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (act. G 5.1.87).

2.1.2 Die Kritik der Beschwerdeführerin beschränkt sich auf die Ausführungen der ZMB-Gutachter, dass keine erheblichen Diskrepanzen in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Vergleich mit Vorberichten bestünden. Diese führten aus, Dres. F.____ und H.____ seien von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen, währenddem sie (die ZMB-Gutachter) die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten mit 20% beziffert hätten. Zudem liege die Beurteilung der Dres. F.____ und H.____ nunmehr bald zwei Jahre zurück. Es sei durchaus denkbar, dass damals ausgeprägtere Befunde vorgelegen hätten (act. G 5.1.87-36).

2.1.3 Zwar ist die Annahme der ZMB-Experten, im Gutachten F.____/H.____ sei eine lediglich 30%ige Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten bescheinigt worden, insoweit unzutreffend, als Dr. F.____ zusätzlich zur geschätzten 30%igen Leistungseinschränkung eine dem vermehrten Pausenbedarf geschuldete 20%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigte und gesamthaft von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausging (act. G 5.1.49-15). Allerdings fällt zugunsten der ZMB-Einschätzung ins



Gewicht, dass Dr. F.____ ausdrücklich eine "grosszügige" Bemessung der Restarbeitsfähigkeit vornahm, auf welche die ZMB-Gutachter - der Sache angemessen - verzichteten. Schliesslich sprach Dr. F.____ von einer "mindestens" 50%igen Arbeitsfähigkeit (act. G 5.1.49-10). Allein schon unter diesen Gesichtspunkten erscheint eine Diskrepanz zwischen den Arbeitsfähigkeitsschätzungen nachvollziehbar. Dies gilt vorliegend umso mehr, als Dr. F.____ den zusätzlichen 20%igen "zeitlichen Arbeitsabzug" auf ein lediglich mögliches vermehrtes Pausenbedürfnis zurückführte, wenn - und nur dann - die Krampfschmerzen im rechten Arm zunehmen würden (act. G 5.1.49-10). Hinzu kommt - worauf die RAD-Ärztin zu Recht hinwies (act. G 5.1.50) -, dass an der Aussagekraft des Gutachtens F.____/H.____ erhebliche Zweifel bestehen, da die darin erwähnten, mehrfachen Inkonsistenzen (Beschwerden können bloss "bedingt" mit einem perineuralen Vernarbungssyndrom "erklärt werden"; "Schmerzausweitung", die "den effektiven Schmerzgrad wiederum in Frage stellt", act. G 5.1.49-10; "seitengleiche Oberarmumfangmasse!", act. G 5.1.49-7; beim Auskleiden "ohne erkennbare Behinderung oder Schmerz", act. G 5.1.49-7 f.) nicht gewürdigt wurden. Das Gutachten F.____/H.____ erweckt in der Tat den Eindruck, dass primär auf die von der Beschwerdeführerin geklagten Einschränkungen abgestellt wurde, ohne dass diese Gegenstand einer objektiven Prüfung bildeten und in Kontext mit den festgestellten Inkonsistenzen gesetzt wurden. In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten genügen die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Invalidität für sich allein nicht; vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 9. Oktober 2001, I 382/00, E. 2b).

2.1.4 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, ihr Gesundheitszustand sei zum Zeitpunkt der Untersuchungen im ZMB schlechter gewesen als im Zeitpunkt der Begutachtung bei Dres. F.____ und H.____. Trotz schlechterem Gesundheitszustand solle die Arbeitsfähigkeit höher sein. Dies leuchte nicht ein (act. G 1, S. 5 f.). Dieser Einwand vermag die Beweiskraft des ZMB-Gutachtens nicht zu erschüttern. Denn aus dem ZMB-Gutachten ergibt sich keine arbeitsfähigkeitsrelevante Verschlechterung des



Gesundheitszustands. Vielmehr stellte der neurologische ZMB-Gutachter einzig im Vergleich zu den Untersuchungen von Dr. E.____ vom 16. März 2010 im Rahmen der elektrodiagnostischen Untersuchung eine "leicht verlängerte distalmotorische Latenz und eine leicht verlangsamte antidrom gemessene Leitgeschwindigkeit über dem Carpaltunnel" fest (45 m/s anstelle von 44 m/s bei Dr. E.____s Untersuch, act. G 5.1.87-21). Er bezeichnete diese Differenz ausdrücklich als "diskret" sowie "quantifiziert sehr leichtgradig" und berücksichtigte sie bei der Gesamtbeurteilung (act. G 5.1.87-25). Relevante Verschlechterungen wurden indessen weder von ihm noch vom rheumatologischen ZMB-Gutachter erwähnt. Auch aus psychiatrischer Sicht wurde keine Verschlechterung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bescheinigt, sondern lediglich von einer diskreten depressiven Symptomatik gesprochen (act. G 5.1.87-31 und -33).

2.2 Gegen die (retrospektive) Einschätzung des ZMB-Gutachtens spricht auch nicht, dass Dr. D.____ der Beschwerdeführerin im Bericht vom 3. Juni 2009 (act. G 5.1.30-4) eine leichtere Arbeit "vorerst halbtags" zumutete (act. G 5.1.30-5). Denn wie aus dem Verlaufsbericht vom 4. April 2011 hervorgeht, worin die gesundheitliche Verbesserung mit den veränderten Schmerzklagen der Beschwerdeführerin begründet wurde (act. G 5.1.77-3), stellte Dr. D.____ bei früheren Einschätzungen primär auf das subjektive Schmerzempfinden der Beschwerdeführerin ab ("Vor einem Jahr klagte die Patientin noch über Beschwerden ulnar rechts. Elektromyographisch aber unauffällig. Keine Kompression. Heute klagt die Patientin [...]", act. G 5.1.77-2).

2.3 Die Arbeitsfähigkeitsschätzung der ZMB-Gutachter, insbesondere der von ihnen festgesetzte Beginn der 80%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten, und die Zweifel an der Beurteilung durch Dr. F.____ werden durch die ausführlichen Stellungnahmen der RAD-Ärztin bestätigt (Stellungnahmen vom 6. Juni 2012, act. G 5.1.88, und vom 7. November 2012, act. G 5.1.100) bzw. stehen im Einklang mit der Stellungnahme vom 6. Mai 2010 (act. G 5.1.50), worauf mit der Beschwerdegegnerin (act. G 5, Rz 3.2 f.) verwiesen wird. Die Beschwerdegegnerin hält der Kritik der Beschwerdeführerin (act. G 1, S. 6; vgl. auch act. G 17) zutreffend entgegen, dass keine Zweifel an der Fachkompetenz der RAD-Ärztin und ihrer Würdigung der somatischen Einschätzung von Dr. F.____ bestehen (act. G 5, Rz 3.1). Vorab geht die Beschwerdeführerin fehl, wenn sie geltend macht, der Facharztstitel "Physikalische



Medizin" "existiere" nicht in der Schweiz. Richtig ist vielmehr, dass die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH ein Weiterbildungsprogramm für "Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation" anbietet. Die Fachdisziplin der Physikalischen Medizin und Rehabilitation befasst sich mit der Förderung der körperlichen und kognitiven Funktionen, der Aktivität (inklusive Verhalten), der Partizipation (inklusive Lebensqualität) und der Verbesserung von persönlichen Faktoren und Umweltfaktoren. Sie ist zuständig für die Prävention, die Diagnostik, die Behandlung und das Rehabilitationsmanagement von Menschen jeden Alters mit behindernden Gesundheitsschädigungen und Komorbiditäten. Fachärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation verfolgen bei Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen einen ganzheitlichen Behandlungsansatz. Es kann sich dabei um muskuloskelettale und neurologische Krankheiten, um Amputationen, um Funktionsstörungen der Beckenorgane, um kardiopulmonale Krankheiten oder um Behinderungen infolge chronischer Schmerzen oder Krebserkrankungen handeln. Fachärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation decken grundsätzlich die Anforderungen der somatischen Rehabilitation ab (Weiterbildungsprogramm der FMH vom 1. Januar 2008, Stand 7. März 2013, betreffend Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, S. 1; Download unter: <http://www.fmh.ch/files/pdf9/physikalische_medizin_version_internet_d.pdf>, abgerufen am 29. Januar 2014). Im Licht dieser Umstände kann keine Rede davon sein, die RAD-Ärztin sei fachlich nicht dazu befähigt, die somatische Einschätzung von Dr. F.____ zu würdigen. Im Übrigen betrifft ihre Kritik nicht spezialrheumatologische Fragen, sondern die Umstände, dass Dr. F.____ ausdrücklich eine "grosszügige" Arbeitsfähigkeitsbeurteilung zugunsten der Beschwerdeführerin gestützt auf die geäusserten Schmerzklagen vornahm, ohne die Inkonsistenzen zu berücksichtigen (vgl. hierzu vorstehende E. 2.1.3).

2.4 Dass Dr. E.____ gemäss telefonischer Nachfrage von Dr. F.____ für eine leidensangepasste Tätigkeit aus neurologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit auf 50% eingeschätzt habe (act. G 5.1.49-8), steht der vom RAD bestätigten retrospektiven Beurteilung des ZMB nicht entgegen. Einerseits fehlt jener Schätzung eine Begründung, andererseits erscheint sie mit Blick auf den neurologischen Bericht vom 16. März 2010 nicht schlüssig, worin klinisch von keiner schweren Ausfallssymptomatik im Innervationsgebiet des Nervus ulnaris rechts, insbesondere von keinen motorischen Ausfällen, sondern lediglich von einem elektrographisch festgestellten leichtgradigen



sensomotorischen Karpaltunnelsyndrom rechts sowie keinen Ausfällen im Bereich des linken Nervus ulnaris (elektrographisch durchwegs Normalbefunde) die Rede war (act. G 5.1.49-18; vgl. auch die Kritik in der RAD-Stellungnahme vom 6. Mai 2010, act. G 5.1.50). Des Weiteren ging selbst Dr. F.____ davon aus, dass eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten "grosszügig" sei (act. G 5.1.49-15).

2.5 Dr. B.____ gab in den Berichten vom 14. Januar 2009 und vom 1. Februar 2011 hinsichtlich einer leidensangepassten Tätigkeit keine quantitativen Einschränkungen bzw. Leistungsverminderungen an, sondern beschränkte sich auf die Nennung qualitativer Einschränkungen (act. G 5.1.20 und G 5.1.74-5, worin sie lediglich den Vermerk "fraglich" anbrachte).

2.6 Zusammenfassend ist gestützt auf das ZMB-Gutachten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ab April 2008 über eine 80%ige Arbeitsfähigkeit verfügt. Anhaltspunkte für eine bis zum Verfügungserlass vom 15. November 2012 (act. G 5.1.101) eingetretene somatische Verschlechterung bestehen nicht und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Auch aus psychiatrischer Sicht ist eine seit der ZMB-Begutachtung und vor Verfügungserlass eingetretene Verschlechterung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (act. G 17) ergibt sich aus dem Bericht der Psychiatrischen Klinik H.____ vom 26. Juni 2013, wo jene vom 4. Februar bis 20. März 2013 hospitalisiert war, keine vor Verfügungserlass eingetretene psychische Verschlechterung. Die knapp drei Monate nach der Verfügung erfolgte Einweisung in die Psychiatrische Klinik H.____ erfolgte im Rahmen einer Notaufnahme, was für ein akut aufgetretenes Leiden (ausgeprägte Angstzustände, Panikattacke mit Hyperventilation) spricht. Ferner berichtete die Beschwerdeführerin, die Angstzustände hätten sich seit dem 1. Februar 2013 "massiv verschlechtert" (act. G 17.1, S. 2). Damit geht einher, dass die Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 19. Dezember 2012 (noch) keine seit der ZMB-Begutachtung eingetretene Verschlechterung geltend machte. Entsprechendes gilt für den die tagesklinische Behandlung im Psychiatrischen Zentrum I.____ betreffenden Bericht vom 29. Oktober 2013 (act. G 21.1). Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte



Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands kann deshalb nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bilden.

3.

Ausgehend von einer 80%igen Restarbeitsfähigkeit kann auf die Vornahme eines konkreten Einkommensvergleichs zur Bestimmung des Invaliditätsgrads verzichtet werden, da die Beschwerdeführerin vor Eintritt der gesundheitlichen Leiden keinen überdurchschnittlichen Lohn erzielte und deshalb selbst bei Gewährung des beantragten Tabellenlohnabzugs von 15% (act. G 1) offensichtlich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert. Deshalb kann u.a. offen bleiben, ob ein 15%iger Tabellenlohnabzug überhaupt gerechtfertigt wäre.

4.

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

4.2 Der Beschwerdeführerin wurde die unentgeltliche Rechtspflege am 19. März 2013 bewilligt (act. G 6). Wenn ihre wirtschaftlichen Verhältnisse es gestatten, kann sie jedoch zur Nachzahlung verpflichtet werden (Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1] i.V.m. Art. 123 Abs. 1 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO/CH; SR 272]).

4.3 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist die Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien.

4.4 Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen



(Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin verzichtete auf das Einreichen einer Kostennote. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Somit entschädigt der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin pauschal (BGE 125 V 201) mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin wird im Sinn der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- befreit.
3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).