



Fall-Nr.: IV 2014/210
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 23.10.2019
Entscheiddatum: 26.08.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 26.08.2016

Art. 28 IVG; Art. 59 Abs. 2bis IVG; Art. 49 IVV. Beurteilung des Leistungsbegehrens allein gestützt auf RAD-Berichte. Der Beweiswert der RAD-Berichte wurde vorliegend bejaht. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. August 2016, IV 2014/210).

Besetzung

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichter Joachim Huber,
Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Marilena
Gnesa

Geschäftsnr.

IV 2014/210

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Jürg Grämiger, LL.M.,

Toggenburgerstrasse 35, 9500 Wil,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 1. Oktober 2012 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (berufliche Integration/Rente) an (IV-act. 1). Sie gab an, seit einem am 7. Mai 2010 erlittenen Unfall während der Arbeit an Rückenschmerzen vor allem links mit Ausstrahlung ins linke Bein zu leiden. Sie sei dabei auf einer Treppe ausgerutscht und habe einen Steissbeinbruch sowie einen leichten Bandscheibenvorfall mit Beteiligung des Iliosakralgelenks erlitten (Schadenmeldung UVG vom 10. Mai 2010, Fremdakten der Branchen Versicherung). Die Versicherte hatte zuletzt bei der B.____ AG, als Mitarbeiterin Spedition/Rüsterei gearbeitet (Arbeitsvertrag vom 9. Oktober 2009, IV-act. 35; Kündigung per 30. November 2010, IV-act. 25, S. 20; vgl. auch IV-act. 25, S. 1 ff. und IV-act. 32).

A.b Ein MRI der LWS hatte eine nicht kompressive kleinvolumige breitbasige Diskushernie L4/5, ohne Nachweis einer Nervenwurzelkompression, mit minimaler Dehydratation und mit altersentsprechenden diskalen, ligamentären und ossären Verhältnissen ergeben (MRI-Bericht vom 8. September 2010, IV-act. 16, S. 19). Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, hatte am 23. September 2010 ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links bei anamnestischer Diskushernie (Niveau offen gelassen) bei anamnestischem Status nach Sakrumfraktur 6/2010 diagnostiziert und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 23. bis 26. September 2010 und von 50 % ab 27. September 2010 attestiert (IV-act. 16, S. 20).

A.c Am 5. November 2010 hatte Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie FMH, die Versicherte im Auftrag der Branchen Versicherung einer Untersuchung unterzogen. Dabei hatte er eine Iliosacralkontusion, eine Bandscheibenprotrusion L4/5 sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom diagnostiziert. Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt



St.Galler Gerichte

ausgeübten Tätigkeit betrage 100 % (Bericht vom 17. November 2010, Fremdakten Branchen Versicherung).

A.d Dr. med. E.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, hatte am 28. Dezember 2010 einen Zustand nach Beckentrauma nach Treppensturz und Verdacht auf Becken- /Kreuzbeinprellung ohne Entzündungsaktivität diagnostiziert (Bericht vom 28. Dezember 2010, IV-act. 16, S. 14 f.). Eine gynäkologische Untersuchung im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft der Versicherten war betreffend Schmerzen im Steissbein ohne erklärende Befunde geblieben (Bericht des Spitals F.____ vom 24. Februar 2011, IV-act. 16, S. 12 f.).

A.e Am 11. Dezember 2012 diagnostizierte Dr. med. G.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, ein pseudoradikuläres LWS-Syndrom bei Diskusdehydratation und Einriss des Anulus fibrosus LWK bei Status nach Steissbeinfraktur im Mai 2010 und bezifferte die Arbeitsunfähigkeit auf 100 % vom 7. Mai bis 28. Juni 2010 und vom 2. April bis 21. Mai 2012 (Bericht vom 11. Dezember 2012, IV-act. 16, S. 1 ff.; vgl. auch Bericht der Abteilung Innere Medizin, Rheumatologie/Rehabilitation des Kantonsspitals St. Gallen [KSSG] vom 4. April 2012, IV-act. 16, S. 8 f.: betreffend Spondyloarthritiden fanden sich keine pathologischen Anzeichen).

A.f Die Branchen Versicherung hatte am 5. November 2012 die H.____ GmbH, mit einem bidisziplinären Gutachten (Orthopädie, Psychiatrie) mit Abklärung der funktionellen arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit (EFL; das Gutachten wurde im Einspracheverfahren veranlasst). In psychiatrischer Hinsicht konnte dabei Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie FMH, keine Diagnosen und keine fassbare psychische Störung mit Krankheitswert und demnach keine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit feststellen (psychiatrisches Gutachten vom 11. Dezember 2012, bei den Fremdakten der Branchen Versicherung). Im orthopädischen Gutachten diagnostizierte Dr. med. J.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, eine Steissbeinkontusion, eine posttraumatische ISG-Instabilität links sowie eine posttraumatische Bandscheibenprotrusion L4/5 und äusserte den Verdacht eines chronifizierten Schmerzsyndroms. In leidensangepasster Tätigkeit sei die Versicherte "aktuell" zu 100 % arbeitsunfähig. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der EFL sei sie für leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung und ohne



St.Galler Gerichte

rasche Lagewechsel maximal zu 50 % erwerbsfähig. Wenn die Möglichkeit von Pausen bestehe, betrage die Arbeitsfähigkeit 100 % bei einer qualitativen Arbeitsfähigkeit von 50 % (orthopädisches Gutachten vom 29. Januar 2013, bei den Fremdakten der Branchen Versicherung).

A.g Daraufhin stellte die IV-Stelle mit zwei gesondert abgefassten Mitteilungen vom 6. Februar 2013 fest, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 22) und dass zur Bestimmung der Arbeits(un)fähigkeit eine medizinische Abklärung (Rheumatologie und Psychiatrie) notwendig sei (IV-act. 19). Den Begutachtungsauftrag (IV-act. 17 f. und 21) annullierte die IV-Stelle am 26. März 2013, als sie erfuhr, dass im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren bereits ein Gutachten eingeholt worden war (vgl. vorstehende Erwägung A.f und IV-act. 34). Gestützt auf dieses Gutachten ging RAD-Arzt Dr. med. K.____ davon aus, dass die Versicherte in angestammter Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei; in leidensangepasster Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 50 % (ganztags mit reduzierter Leistung), steigerbar mit konsequenter Physiotherapie (RAD-Stellungnahme vom 11. Juni 2013, IV-act. 39; vgl. auch IV-act. 32, S. 3). Da sich die Versicherte nicht in der Lage fühlte, an Eingliederungsbemühungen mitzuwirken, wurde der Anspruch auf berufliche Massnahmen verneint (Mitteilung vom 12. Juni 2013, IV-act. 41; Assessmentprotokoll vom 18. April 2013, IV-act. 37; RAD-Stellungnahme vom 11. Juni 2013, IV-act. 39). Es wurde eine Haushaltsabklärung durchgeführt, die ergab, dass die Versicherte im Gesundheitsfall zu 100 % arbeitstätig wäre (vgl. IV-act. 42 f.). Daraufhin führte die IV-Stelle den Einkommensvergleich durch und ermittelte eine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse von 0 % (IV-act. 45).

A.h In der Folge stellte die IV-Stelle der Versicherten die Ablehnung des Rentenbegehrens in Aussicht (Vorbescheid vom 11. Juli 2013, IV-act. 48). Sie wendete ein, die IV-Stelle habe den medizinischen Sachverhalt unzureichend abgeklärt, sofern sie ohne Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge von der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und leidensadaptierten Tätigkeit gemäss dem orthopädischen Gutachten von Dr. J.____ vom 29. Januar 2013 abweiche. Für den Fall, dass nicht auf dieses Gutachten abgestellt werde, beantragte die Versicherte eine neue gutachterliche Abklärung des medizinischen Sachverhalts und gestützt darauf eine erneute Bestimmung des Invaliditätsgrades (Einwand vom 10. September 2013, IV-act.



51). RAD-Arzt Dr. med. L.____, Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, nahm am 27. November 2013 zu den Einwänden dahingehend Stellung, dass auf das Gutachten der H.____ GmbH nicht abgestellt werden könne. Er stellte einen instabilen Gesundheitszustand fest und empfahl weitere medizinische Abklärungen beim behandelnden Arzt Dr. G.____ sowie die Durchführung einer CT des linken ISG zur Feststellung einer durchgemachten Fraktur oder Instabilität (IV-act. 53). Die daraufhin vorgenommene CT-Untersuchung ergab eine geringe Mehrsklerosierung des Iliosakralgelenks rechtsseitig, vereinbar mit postentzündlichen Veränderungen, punktförmige, dichte Läsionen am Zökalpol ohne Anhaltspunkt für eine stattgehabte Fraktur des Beckenskeletts, und im Übrigen normale Verhältnisse (CT-Bericht vom 13. Januar 2014, IV-act. 56, S. 3, und Bericht von Dr. G.____ vom 10. Februar 2014, IV-act. 56, S. 1 f.). Am 21. Februar 2014 nahm RAD-Arzt Dr. L.____ erneut Stellung, verneinte das Vorhandensein eines organischen Korrelats für die persistierenden lumbosakralen Beschwerden der Versicherten und hielt weitere medizinische Abklärungen nicht für angezeigt. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die angestammte Tätigkeit und eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit in leichter Wechselbelastung (IV-act. 57). Daraufhin verneinte die IV-Stelle gemäss Vorbescheid einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Verfügung vom 24. März 2014, act. G 1.1).

B.

B.a Die vorliegende Beschwerde vom 11. April 2014 (act. G 1) richtet sich gegen die Verfügung vom 24. März 2014. Die Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. J. Grämiger, Wil, beantragt darin die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache mindestens einer halben Rente der Invalidenversicherung, eventualiter die erneute Überprüfung des Vorliegens einer rentenbegründenden Invalidität bzw. die Erstellung eines Gerichtsgutachtens (vgl. act. G 1, S.6) unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Im Weiteren beantragt sie die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Rechtsverbeiständung. Sie beanstandet im Wesentlichen die vom Gutachten der H.____ GmbH abweichende Beurteilung durch den RAD bzw. das Abstellen auf dessen Beurteilungen.



B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort die Abweisung der Beschwerde und begründet dies damit, die medizinische Beurteilung der Frage, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege, obliege dem RAD, der zuhanden der IV-Stelle die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs prüfe. Bei der Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit seien ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen, nicht aber invaliditätsfremde Gründe (wie Alter, mangelnde Schulbildung, sprachliche Probleme, soziokulturelle Faktoren, ein Suchtgeschehen sowie Aggravation) oder das subjektive Empfinden der versicherten Person. Die Erwerbsunfähigkeit sei ausserdem nur zu berücksichtigen, wenn sie längerdauernd und aus objektiver Sicht nicht überwindbar sei. Diese Beurteilung obliege - basierend auf der medizinischen Stellungnahme des RAD - den IV-Stellen. Schliesslich stünden der Beschwerdeführerin diverse Behandlungsoptionen offen, die im Rahmen der Schadenminderungs- bzw. Selbsteingliederungspflicht von ihr aktiv auszuschöpfen seien (Beschwerdeantwort vom 3. Juni 2014, act. G 8).

B.c Dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) wurde am 10. Juni 2014 entsprochen (G 9).

B.d Mit Replik vom 8. Juli 2014 hielt die Beschwerdeführerin an ihren in der Beschwerde vom 11. April 2014 gestellten Anträgen fest (act. G 11 samt Beilagen).

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtete in der Folge auf die Einreichung einer Duplik (Schreiben vom 28. Juli 2014, act. G 13).

Erwägungen

1.

Gegenstand der angefochtenen Verfügung vom 24. März 2014 bildet der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung, der zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist.



1.1 Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 % und auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

1.4 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 256 E. 4 mit Hinweisen). 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). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die auf Grund 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. Das Gleiche gilt für Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärzte (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Den Berichten des RAD, welche den erwähnten Anforderungen genügen, kommt ebenfalls Beweiswert zu (Urteil der Bundesgerichts 9C_8/2011 vom 21. Februar 2011 E. 4.1.2 mit Hinweisen; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des RAD zu entscheiden. Es besteht kein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine (neue) Begutachtung anzuordnen (BGE 135 V 465 E. 4, Urteil des Bundesgerichts 9C_148/2012 vom 17. September 2012 E. 1.3 f. mit Hinweisen).

2.



Vorab ist die Frage zu beantworten, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und damit schliesslich auch des geltend gemachten Rentenanspruchs ermöglicht. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit ist nur dann anspruchserheblich, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1).

2.1 Es ist zunächst festzustellen, dass keine psychiatrische Diagnose gestellt wurde, insbesondere keine solche mit Blick auf ein Schmerzgeschehen. Eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit wird nach Lage der Akten zu Recht nicht geltend gemacht (vgl. das bei den Fremdakten der Branchen Versicherung liegende psychiatrische Gutachten vom 11. Dezember 2012, S. 8 f., in welchem Dr. I.____ das Vorliegen einer psychischen Störung verneint und eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten und Verrichtungen ohne Einschränkungen attestiert hatte).

2.2 In somatischer Hinsicht ist im Weiteren darauf hinzuweisen, dass sich das Versicherungsgericht bereits im Entscheid UV 2013/57 vom 2. September 2014 mit dem von Dr. J.____ erstellten orthopädischen Gutachten vom 29. Januar 2013 befasst hatte. Das Gericht begründete darin einlässlich, warum das Gutachten von Dr. J.____ als nicht schlüssig und nachvollziehbar zu betrachten und damit beweisrechtlich unbeachtlich sei (vgl. E. 3.5, einsehbar unter [http://www.gerichte.sg.ch/home/dienstleistungen/rechtsprechung/aktuelle_entscheide1/](http://www.gerichte.sg.ch/home/dienstleistungen/rechtsprechung/aktuelle_entscheide1/Entscheide_201211/uv_-_unfallversicherung/uv-2013-57.html)

[Entscheide_201211/uv_-_unfallversicherung/uv-2013-57.html](http://www.gerichte.sg.ch/home/dienstleistungen/rechtsprechung/aktuelle_entscheide1/Entscheide_201211/uv_-_unfallversicherung/uv-2013-57.html)). Darauf wird verwiesen. Weiterungen hierzu erübrigen sich.

2.3 Zu prüfen bleibt somit die Frage, ob die Beschwerdegegnerin befugt war, dem Entscheid über das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin einzig die Stellungnahmen ihres RAD vom 27. November 2013 (IV-act. 53) und 21. Februar 2014 (IV-act. 57) zugrunde zu legen. Die Beschwerdeführerin bestreitet dies und macht geltend, eine neue Begutachtung sei erforderlich, wenn auf ein Gutachten nicht abgestellt werden könne (act. G 1, Rz. 8).



2.3.1 Gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG stehen die Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Damit soll eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden. Es soll im Hinblick auf eine erfolgreiche Eingliederung eine objektivere Festlegung der massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der versicherten Person ermöglicht werden. Die RAD sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig. Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Sie können bei Bedarf selbst ärztliche Untersuchungen von versicherten Personen durchführen und sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Geht es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts und rückt die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund, können sie von einer ärztlichen Untersuchung der versicherten Person absehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit weiteren Hinweisen).

2.3.2 In den Akten liegen diverse fachärztliche und bildgebende Berichte, die dem RAD für seine Beurteilung vorlagen und die eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erlauben. Zunächst diagnostizierte der behandelnde Dr. G.____ am 26. August 2010 (bei den Fremdakten der Branchen Versicherung; vgl. auch seinen Bericht vom 6. Oktober 2010, ebenfalls bei den Fremdakten der Branchen Versicherung) eine massive Steissbeinkontusion nach Treppensturz, klinisch ohne Verdacht auf Steissbeinfraktur. Ein MRI der LWS vier Monate nach dem Treppensturz ergab eine nicht kompressive kleinvolumige Diskushernie L4/L5 und im Übrigen altersentsprechende Verhältnisse (Bericht vom 8. September 2010, bei den Fremdakten der Branchen Versicherung). Dr. D.____ konnte auf Grund einer am 5. November 2010 durchgeführten Untersuchung der Beschwerdeführerin sowie des bildgebenden Materials eine Steissbeinkontusion, eine nicht kompressive Diskushernie



L4/L5 und ein chronifiziertes Schmerzsyndrom bei sonst unauffälligen ossären Verhältnissen und normalen Weichteilbefunden, insbesondere ohne Fraktur im Steissbeinbereich, feststellen. Die klinischen Untersuchungsbefunde könnten das subjektiv geklagte Beschwerdebild nicht erklären, zumal keine Kompressionserscheinungen im Wurzelbereich und eine uneingeschränkte Rückenmobilität vorhanden seien, und sprächen gegen eine gröbere Affektion im unteren LWS-Bereich sowie im Iliosakralgelenk. Es bestünden vorwiegend psychosoziale Probleme. Der Status quo sine sei drei Monate nach dem Unfall erreicht worden. Es bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Bericht vom 17. November 2010 und MRI-Bericht vom 8. September 2010, beide bei den Fremdakten der Branchen Versicherung). Die Ärzte der Neurochirurgie des KSSG schätzten die Arbeitsfähigkeit (zumindest für leichte Tätigkeiten) ebenfalls auf 100 % und fanden kein anatomisches Korrelat für die geklagten Beschwerden (Bericht vom 16. Dezember 2010, bei den Fremdakten der Branchen Versicherung). Somit kann auf Grund der bestehenden Aktenlage davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin Ende 2010 uneingeschränkt arbeitsfähig war.

2.3.3 Eine Zunahme der Beschwerden macht die Beschwerdeführerin nicht geltend. Sie führt einzig aus, "weiterhin" an erheblichen Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule und der Iliosakralgelenke zu leiden, weshalb sie Physiotherapie in Anspruch nehme und sogar eine Operation des Iliosakralgelenks indiziert sei; ausserdem sei sie erneut in Behandlung bei Dr. G.____ (act. G 1, S. 4). Dazu ist zu bemerken, dass sich in den Akten bis auf eine Infiltration ins Iliosakralgelenk (vgl. Bericht des KSSG über eine am 23. Januar 2012 vorgenommene Infiltration ins Iliosakralgelenk links, bei den Fremdakten der Branchen Versicherung) keine Hinweise auf eine durchgeführte physiotherapeutische oder sonstige Behandlung (insbesondere Physiotherapie-Verordnungen) ergeben. Eine vom behandelnden Arzt Dr. G.____ verordnete chiropraktische Behandlung nahm die Beschwerdeführerin nicht wahr (vgl. Brief von Dr. M.____, Chiropraktor, vom 12. Juni 2012, IV-act. 16, S. 7). Im Weiteren wurde keine Probe-Arthrodese des linken Iliosakralgelenks gemäss Stellungnahme von Dr. G.____ vom 10. Februar 2014 erwogen (IV-act. 56, S. 1 f.). Dr. G.____ hielt darin fest, dass er die Beschwerdeführerin im Jahr zuvor nur sporadisch gesehen habe; dabei habe sie im Prinzip immer wieder über die genau gleichen Beschwerden an der LWS und den Iliosacralgelenken geklagt. Ein eigentlicher Handlungsbedarf habe von Seiten



der Patientin bis auf wenige Physiotherapien nicht bestanden (in den Akten befinden sich ansonsten keine Hinweise auf durchgeführte Physiotherapie-Behandlungen).

2.3.4 Dr. G.____ fand weitere radiologische Kontrollen für nicht notwendig (Bericht vom 23. April 2012, das Datum handschriftlich korrigiert auf 19. Dezember 2011, bei den Fremdakten der Branchen Versicherung). Ein MRI von Wirbelsäule und Iliosakralgelenken vom 23. März 2012 hatte eine Diskusdehydratation L4/L5 mit Anulus fibrosus Einriss ohne Nervenwurzelkompression, eine bilaterale Sakroiliitis und einen interspinosalen Entzündungsprozess zwischen L3 und S1 ergeben (MRI-Bericht, bei den Fremdakten der Branchen Versicherung; vgl. auch Bericht von Dr. G.____ vom 11. Dezember 2011, IV-act. 16, S. 1 ff.). Eine Untersuchung im Departement Innere Medizin, Rheumatologie/Rehabilitation des KSSG vom 4. April 2012 schloss das Vorliegen einer Spondyloarthritis bzw. eines entzündlich-rheumatischen Geschehens aus (Bericht bei den Fremdakten der Branchen Versicherung).

2.3.5 RAD-Arzt Dr. L.____ ging am 27. November 2013 in Würdigung der vorstehend erwähnten Aktenlage zunächst von einem instabilen Gesundheitszustand aus und hielt das Einholen weiterer Berichte sowie die Durchführung einer Computertomographie (CT) für notwendig (IV-act. 53). Die in der Folge durchgeführte CT von Becken und Iliosakralgelenken ergab eine geringe Mehrsklerosierung des Iliosakralgelenks rechtsseitig, in Zusammenschau mit der Kernspintomographie vom 23. März 2012 vereinbar mit postentzündlichen Veränderungen. Das linke Iliosakralgelenk zeigte keine Läsionen, insbesondere keine Hinweise auf eine durchgemachte Fraktur (CT-Bericht vom 13. Januar 2014, IV-act. 56, S. 3, und Bericht von Dr. G.____ vom 10. Februar 2014, IV-act. 56, S. 1 f.). Den CT-Bericht besprach RAD-Arzt Dr. L.____ mit RAD-Ärztin Dr. med. N.____, Fachärztin für Radiologie FMH; danach hätten die Radiologen des KSSG bei der CT vom 13. Januar 2014 eine alte Fraktur am Übergang Sacrum-Os coccygis nicht beschrieben; die Iliosakralgelenke beidseits seien völlig unauffällig ohne Erosionen oder Sklerosierungen; eine Sacroiliitis könne ausgeschlossen werden; die Intervertebralgelenke L4/L5 und L5/S1 seien beidseits ohne Befund).

2.3.6 RAD-Arzt Dr. L.____ hatte bereits die MRI-Ergebnisse vom 23. März 2012 mit RAD-Ärztin Dr. N.____ durchgesehen und besprochen, wie er in einer erneuten Stellungnahme vom 21. Februar 2014 festhielt. Dabei habe kein wesentlicher



pathologischer Befund erhoben werden können. Die von den Radiologen des KSSG beschriebene bilaterale Sakroiliitis mit interspinalem Entzündungsprozess der LWS sei nicht nachvollziehbar. Es bestehe lediglich ein geringes Knochenmarksödem in der massa lateralis des Sacrums beidseits, das ohne klinische Bedeutung sei. Für die persistierenden lumbosakralen Beschwerden der Beschwerdeführerin bestehe bis heute kein organisch-strukturelles Korrelat. So seien bereits vier Monate nach dem Treppensturz im ersten MRI der LWS vom 8. September 2010 (ohne Untersuchung des Os sacrum) keine Hinweise für posttraumatische Veränderungen der LWS sichtbar gewesen. Die geringen Signalstörungen in der massa lateralis sacri im MRI vom März 2012 seien klinisch bedeutungslos. Die CT vom Januar 2014 zeige eine alte, distale, abgeheilte Sacrumfraktur, ansonsten unauffällige Intervertebralsegmente; eine Sacroiliitis bzw. eine posttraumatische Instabilität des linken Iliosacralgelenks bestehe nicht. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Der behandelnde Arzt schreibe selbst, dass kein eigentlicher Handlungsbedarf bestanden habe. In leidensadaptierter Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-act. 57). Schliesslich wies RAD-Arzt Dr. L.____ auf die gemäss EFL-Protokoll vom 16. November 2012 (bei den Fremdakten der Branchen Versicherung) festgestellten diversen Zeichen von Symptomausweitung, Inkonsistenzen und Selbstlimitierung hin (Stellungnahme vom 21. Februar 2014, IV-act. 57).

2.3.7 In Würdigung der gesamten Aktenlage erscheint zusammenfassend die Beurteilung durch RAD-Arzt Dr. L.____, wonach die Beschwerdeführerin in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist, als schlüssig und nachvollziehbar. Er berücksichtigt die gesamte medizinische Aktenlage und hat für die Würdigung des bildgebenden Materials seine Kollegin, RAD-Ärztin Dr. N.____, die Radiologin ist, beigezogen. Seine Stellungnahmen erfüllen die eingangs (Erwägung 1.4) erwähnten bundesgerichtlichen Anforderungen an den Beweiswert von ärztlichen Stellungnahmen, insbesondere von RAD-Berichten. Darauf ist abzustellen. Der medizinische Sachverhalt erscheint demnach als erstellt. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (BGE 137 V 64 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_838/2011 vom 20. März 2012 E. 4.2).

3.



Die betraglichen Grundlagen zur Bestimmung der Vergleichseinkommen sind von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht bestritten worden. Im Vergleich zu den statistischen Hilfsarbeiterlöhnen (vgl. hierzu Anhang 2: Lohnentwicklung, IV-Gesetzesausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2015) hat die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit keine überdurchschnittlichen Jahresverdienste erzielt (vgl. IV-act. 5 und 25, S. 8 ff.). Ausgehend von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten erübrigen sich daher die Vornahme eines konkreten Einkommensvergleichs und insbesondere die Festsetzung eines Tabellenlohnabzugs. Denn selbst wenn bei der Bestimmung des Invalideneinkommens gestützt auf den durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn der höchstzulässige 25 %ige Tabellenlohnabzug berücksichtigt würde, resultierte offensichtlich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 %.

4.

4.1 Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

4.2 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 sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.- aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien.

4.3 Der Staat bezahlt zufolge 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.-. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint wie in vergleichbaren Fällen üblich eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70).



Somit hat der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 2'800.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

4.4 Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.

3.

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 2'800.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).