

# NW\_GERICHTE SV 21 23 vom 31. Januar 2022

NW Gerichte, 2022-01-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw\\_gerichte\\_SV 21 23](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_SV_21_23)

FR: NW\_GERICHTE SV 21 23 du 31 janvier 2022

IT: NW\_GERICHTE SV 21 23 del 31 gennaio 2022

## Erwägungen

### E. 1.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG (SR 831.20) können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungs- objekt des vorliegenden Verfahrens bildet die Verfügung der IV-Stelle Nidwalden vom 23. Juli 2021, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts Nidwalden gegeben ist. Sach- lich zuständig für die Beurteilung ist die Sozialversicherungsabteilung des Verwaltungsge- richts, die in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 39 i.V.m. Art. 33 Ziff. 2 GerG [Gerichtsgesetz; NG 261.1]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung beson- ders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) ist somit einzutreten.

### E. 1.2

Mit der Gesetzesnovelle «Weiterentwicklung der IV» traten per 1. Januar 2022 diverse neue Bestimmungen im ATSG, im IVG sowie in der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft. Namentlich wurde das abgestufte Rentenmodell durch ein stufen- loses System ersetzt. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtss- ätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Fal- les grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 23. Juli 2021) eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 148 V 174 9 E. 4.1; 132 V 215 E. 3.1.1), sind im vorliegenden Fall die bis zum 31. Dezember 2021 geltenden materiellrechtlichen Best- immungen anwendbar. Sie werden im Folgenden denn auch in dieser Fassung zitiert. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Be- handlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglich- keiten 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 zu- dem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.2 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen nicht durch zumutbare Eingliede- rungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

6 ATSG) gewesen sind (lit. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 4**

■ 26

##### **E. 4.1**

Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. In der Folge werden indessen lediglich jene wiedergegeben, die sich nach Auffassung des Gerichts für die Beurteilung der Sache als relevant erweisen.

##### **E. 4.2**

Am 18. April 2018 wurde bei der Beschwerdeführerin eine Schulter-Arthroskopie rechts, eine Tenotomie und Tenodese der Biceps longue Sehne, subakrominale Bursektomie und Akromioplastik durchgeführt (IV-act. 20).

##### **E. 4.3**

Der behandelnde Rheumatologe Dr. med. D. \_\_\_ hielt in seinem zuhause der zuweisenden Hausärztin verfassten Bericht vom 11. Februar 2019 (IV-act. 51) folgende Diagnosen fest: 1. Sekundäres myofaszielles Syndrom von Schultergürtel und Hals-/Nackermuskulatur rechts bei anamnestic chronischer Frozen Shoulder 2. Postoperative retraktile Kapsulitis bei St. n. arthroskopischer Tenodese der langen Bizepssehne und subacrominaler Dekompression vom 18.04.2018

##### **E. 4.4**

Im IV-Arztbericht 25. März 2019 (IV-act. 54) bestätigte der Rheumatologe sowohl die im Bericht vom 11. Februar 2019 festgehaltenen Diagnosen als auch die attestierte Arbeitsunfähigkeit, hielt aber gleichzeitig fest, die Versicherte erachte sich in der aktuellen Tätigkeit mit angepasstem Büroarbeitsplatz zu 40% arbeitsfähig (Ziff. 3.1). Ein Job-Profil liege ihm nicht vor.

##### **E. 4.5**

Der behandelnde Orthopäde (und Operateur) Dr. med. G. \_\_\_ notierte in seinem Sprechstundenbericht vom 3. April 2019 (IV-act. 59) die Diagnosen: – Ausgeprägte Myogelosen paravertebral zervikal und in Höhe der Trapeziusmuskulatur rechts mit myofasziellem Syndrom und Ausstrahlungen der Sysästhesien in die rechte obere Extremität bei – St. n. arthroskopischer Biceps longus Tenodese und subacrominaler Dekompression rechts vom 18.04.2018 – Postoperatives Kontaktekzem linker Oberarm und linke Hals- und Pectoralisregion An der rechten Schulter bestehe noch endständig eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit, vorab in den Rotationen. Hinzu kämen während eines Arbeitstages immer wieder schwere Muskelverspannungen der Trapeziusmuskulatur und der paravertebralen zervikalen Muskulatur rechts. Er empfahl unter anderem die Weiterführung der Physiotherapie, Triggerpunktmassagen sowie einen Kuraufenthalt.

##### **E. 4.6**

Die Versicherte weilte vom 24. Juni bis 20. Juli 2019 in der Klinik B.\_\_. Im Austrittsbericht vom 26. Juli 2019 (IV-act. 77) wurden als Rehabilitationsdiagnosen festgehalten: V.a. chronische Schmerzkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren – somatisch: muskuläre Dysbalance und Insuffizienz, Triggerpunkte, St. n. Arthroskopie Schultergelenk rechts und Frozen shoulder – psychisch: dysfunktionales Stressmanagement, suppressives Verhalten

#### **E. 4.7**

Im ärztlichen Bericht der Klinik B.\_\_ zu der vom 19. August bis 3. Oktober 2019 dauernden ambulanten Tagesrehabilitation werden keine neuen Diagnosen angeführt. Insgesamt wird festgehalten, dass die angestrebte Edukation und Verbesserung der physischen und psychischen Belastbarkeit erreicht worden sei. Die Patientin habe ein erstes Vertrauen in eine Grundbelastbarkeit ihres Körpers entwickelt. Auf affektiver Ebene liege noch immer eine erhöhte Vulnerabilität einhergehend mit einer reduzierten Stresstoleranz vor. Dies zeige sich vor allem bei Zunahme von psychosozialen Belastungsthemen (u.a. berufliche Veränderung). Die im Vorbericht beschriebene depressive Symptomatik liege nicht mehr vor. Zur Arbeitsfähigkeit äussert sich der Bericht nicht konkret. Es wird jedoch vermerkt, dass aktuell die funktionelle Leistungsfähigkeit kaum durch Schmerzen reduziert und ein dysfunktionales Schmerzverhalten nicht ersichtlich sei (IV-act. 80).

#### **E. 4.8**

Im August 2019 bzw. November 2019 wurde die Beschwerdeführerin von den Vertrauensärzten der Pensionskasse C.\_\_ psychiatrisch und internistisch «begutachtet». Der Internist Dr. med. H.\_\_ berichtete am 21. August 2021 (IV-act. 84) von der bekannten Schulterproblematik hielt jedoch keine konkrete Diagnose fest. Er empfahl eine psychiatrische Begutachtung bezüglich der chronischen Schmerzen. Die Psychiaterin Dr. med. I. \_\_ diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21). Die Explorandin habe am bisherigen Arbeitsplatz ein psychisches Leiden entwickelt, das mit zunehmendem Abstand vom Arbeitsplatz bessere. Die arbeitsplatzbezogene Problematik und die Reaktion der Versicherten darauf, lasse sich nicht mit einer Behandlung beheben. Umgekehrt bestehe für Tätigkeiten ausserhalb des bisherigen Arbeitsplatzes keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 83).

#### **E. 4.9**

Auf Veranlassung der IV-Stelle wurde die Beschwerdeführerin durch die BEGAZ Baselland polydisziplinär begutachtet. Das Gutachten vom 25. September 2020 (IV-act. 115) beinhaltet die Fachgebiete Allgemeine innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie. Die involvierten Gutachter erhoben folgende Diagnosen mit Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16): 1. Chronische periartropatische Schulterbeschwerden rechts mit begleitender muskulärer Dysbalance am Schultergürtel rechts mehr als links • Status nach Schulterarthroskopie rechts am 18.04.2018 mit Tenotomie und Tenodes der langen Bizepssehne, subakrominaler Bursektomie und Akromioplastik • Deutliche Hinweise auf Schmerzfehlerverarbeitung, nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend • Status nach frozen shoulder zirka 2005 (ev. 2010) 2. Neurasthenie (ICD-10 F48.0), DD: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, es bestehe aufgrund des ausgewiesenen somatischen Kerns der Beschwerden im Bereich der rechten Schulter und auch der

Schultergürtelmuskulatur eine verminderte Belastbarkeit und Bewegungseinschränkung. Im Bereich der Halswirbelsäule liege kein zusätzliches Krankheitsbild mit lokaler Funktionseinbuße vor. Die verminderte Beweglichkeit erscheine klinisch muskulärer Genese im Rahmen der muskulären Dysbalance als sekundäres Phänomen auf die Schulterschmerzen rechts. Aus gutachterlich rheumatologischer Sicht seien der Explorandin nur noch körperlich

#### **E. 4.10**

PD Dr. med. E. \_\_, Facharzt für Neurologie, hält in seinem Bericht vom 6. November 2020 (IV-act. 128) folgende Diagnosen fest: Myofasziale Schmerzsyndrom von Schultergürtel Hals-/Nackmuskulatur rechts bei chronisch Frozen Shoulder – St. n. arthroskopischer Tenodese der langen Bizepssehne und subakromialer Dekompression 18.04.2018 – Erstmanifestation der Schulterschmerzen im 28. Lebensjahr Myelopathie Höhe HWK 4/5 rechts – ätiologisch unklar, DD postentzündlich, DD ischämisch, DD andere Ursache – MRI HWS vom 26.02.2019 sowie im MRI HWS 2013 sichtbar Es zeigten sich weiterhin chronifizierte Schmerzen im Bereich der rechten Schulter. Hier sei klinisch am auffälligsten die lokale Druckdolenz rechts ausgedehnt im Schulterbereich rechts über die Clavicula und das Schulterblatt ziehend. Darüber hinaus aber keine offensichtliche Trophikstörung der Muskulatur (im Seitenvergleich normal). Schmerzbedingt komme es sicher zu einer Minderinnervation bei Prüfung der Kraft im Schulterbereich, insbesondere für die Schultererelevation und Aussenrotation.

#### **E. 4.11**

Am 30. November 2020 (IV-act. 139, S. 16 ff.) berichtete der Neurologe E. \_\_ über die bildgebenden Befunde. Unter dem Titel «Beurteilung» hielt er zusammengefasst fest, im MRI HWS fänden sich unverändert zu den Voruntersuchungen 2019 und 2013 myelopathische Signalveränderungen. Aufgrund der fehlenden neurologischen Ausfallsymptomatik und auch anamnestisch fehlenden Hinweisen auf eine rezidivierende neurologische schubförmige Symptomatik seien weitere Abklärungen nicht zielführend. Er gehe insbesondere davon aus, dass kein Zusammenhang zu den Schulterschmerzen bestehe. Im MRI des Plexus brachialis zeigten sich keine Auffälligkeiten im Bereich neuraler Strukturen. Ebenso wenig in der Muskulatur der Schulter im Seitenvergleich im Sinne neurogener Veränderungen. Gesamthaft sei keine neurogene Komponente der Schmerzen im Schultergürtelbereich rechts auszumachen. Er gehe am ehesten von myofaszialen Schmerzen aus, möglicherweise bei chronischer frozen shoulder. Die Arbeitsfähigkeit sei aus seiner Sicht primär rheumatologisch und psychiatrisch zu beurteilen. Es sei keine Verlaufskontrolle vorgesehen.

#### **E. 4.12**

In seiner Verlaufsbeurteilung vom 9. Februar 2021 (IV-act. 139) bestätigte der behandelnde Rheumatologe D. \_\_ das Bestehen einer chronifizierten Impingementsymptomatik bei der rechten Schulter vor dem Hintergrund von Partialrupturen von Subscapularis- und Supraspinatussehne und einer persistierenden Frozen-shoulder. Als Ausdruck des chronischen Prozesses finde sich auch eine Atrophie der Muskulatur der Rotatorenmanschette. Auch der Gelenkerguss könnte als Ausdruck eines chronischen Prozesses gewertet werden (S. 3). Aus seiner Sicht bestehe rheumatologisch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 50%. Während einer 50%-Tätigkeit sei ein erhöhter Pausenbedarf von 5 Min./Std. zur Durchführung von Dehnungs- und

Entspannungsübungen notwendig. Mittelschwere und schwere Arbeit so- wie Arbeiten oberhalb der Schulterhöhe, länger dauernde Zwangspositionen und Sitzen seien nicht zulässig. Ein Erholungstag zwischen den Arbeitstagen wäre aufgrund des bisherigen Verlaufs ideal (S. 7). Unter dem Titel «Sozial-/Berufsanamnese» hält der Rheumatologe fest, die Beschwerdeführerin habe im Abenddienst der Spitex \_\_ in einem 40%-Pensum gearbeitet. Wegen körperlicher und psychischer Belastungsfaktoren habe sie die Tätigkeit gekündigt. Sie suche nun eine Stelle als Betriebspflegefachfrau. Laut Selbsteinschätzung sei sie rund 40% arbeitsfähig (S. 9).

#### **E. 4.13**

Am 14. April 2021 (IV-act. 144) äusserten sich die Gutachter zur Kritik der behandelnden Ärzte und den neu aufgelegten medizinischen Unterlagen.

#### **E. 4.14**

Dr. med. J.\_\_, Ärztlicher Leiter Schmerztherapie des Kantonsspitals Z.\_\_, hielt in seinem Sprechstundenbericht vom 19. Mai 2021 (BF-Bel. 5) fest, bei ausführlicher Vorbeurteilung durch den (zuweisenden) Kollegen D.\_\_ setze er den Fokus, wie von diesem gewünscht, bewusst auf die therapeutischen Optionen. Zu ergänzen sei, dass die konsekutiv auf die langjährige Schulterproblematik sichtbare Fehlhaltung die Fehlbelastung der Schulterregion beid- seits beeinträchtigt, aber primär rechts zusätzlich. Kausal lasse sich nicht abschliessend be- urteilen, ob die aktuell skoliotische Fehlhaltung der HWS und der BWS konsekutiv auf die langjährigen Schmerzen der rechten Nacken-Schulterregion entstanden oder vorgängig durch die Schmerzen noch aggraviert worden seien. Die statische Belastungstoleranz der gesam- ten Nacken-Schulter und BWS-Region sei klinisch nachvollziehbar und eindrücklich. In der

#### **E. 5**

■ 26.2.3 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person 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 Gesundheits- zustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich wel- cher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Aus- künfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwer- den berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darle- gung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf 125 V 351 E. 3a). Den im Rahmen des Verwaltungs- verfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund ein- gehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht er- statten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen

die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb). 2.4 Sowohl das Administrativverfahren als auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Sozialversicherungsgerichte von Amtes wegen ohne Bindung an die Parteibegehren für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht (Urteil BGER 8C\_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

## **E. 6**

■ 26.2.5 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 2.6 Nach dem im Sozialversicherungsprozess geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist ein bestimmter Sachverhalt nicht bereits dann bewiesen, wenn er bloss möglich ist; hingegen genügt es, wenn das Gericht aufgrund der Würdigung aller relevanten Sachumstände, mithin nach objektiven Gesichtspunkten, zur Überzeugung gelangt ist, dass er der wahrscheinlichste aller in Betracht fallenden Geschehensabläufe ■ bei zwei möglichen Sachverhaltsvarianten: die wahrscheinlichere ■ ist und zudem begründeterweise angenommen werden darf, dass weitere Beweissmassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern (u.a. Urteil BGER 9C\_717/2009 vom 20. Oktober 2009 E. 3.3 mit weiteren Hinweisen). 2.7 Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bilden die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens (vorliegend die Verfügung vom 23. Juli 2021) massgeblichen tatsächlichen Verhältnisse (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Später eingetretene Tatsachen sind soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids zu beeinflussen (Urteil BGER 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1 mit Hinweisen). Soweit sich während des Verfahrens ein- bzw. nachgereichte Arztberichte zum Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses äussern oder bereits bei den Akten liegende Berichte erläutern und ergänzen, sind auch diese Berichte in die Beurteilung einzubeziehen (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweisen).

### **E. 6.1.1**

Die Beschwerdeführerin moniert das rheumatologische Gutachten, indem sie die Kritik des behandelnden Rheumatologen D. \_\_ zur Stellungnahme des Teilgutachters Wüest vom

### **E. 6.1.2**

Beanstandet wird somit zunächst, es seien wichtige bildgebende Befunde unerwähnt, unbefundet und ungewichtet geblieben. Offenbar bezieht sich die Beschwerdeführerin auf den Vorwurf des Rheumatologen D. \_\_, wonach der Gutachter Wüest in seiner Stellungnahme

vom 14. April 2021 die im MRI-Bericht der Schulter vom 12. Januar 2021 (nebst der kleinen artikularseitigen Partialruptur der Subskapularissehne mit geringgradiger Muskelatrophie) neu festgehaltene PASTA-Läsion nicht erwähnt hat. Im zitierten Bericht der Radiologie \_\_ vom 12. Januar 2021 wird unter dem Titel «Rotatorenmanschette» u.a. eine Partialruptur des M. supraspinatus, Sonderform PASTA-Läsion festgehalten. Mit Abstand am häufigsten findet man bei der Rotatorenmanschette Risse im Supraspinatus, dem folgen Infraspinatus- und Subscapularisse. Als PASTA-Läsion (PASTA: partial articular supraspinatus tendon avulsion) wird die gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne bezeichnet (Prof. Dr. med. K.-F. Kreitner, A. Mähringer-Kunz, MRT der Rotatorenmanschette – ein Update, S. 41, [www.thieme-connect.de](http://www.thieme-connect.de)). Bereits der Radiologiebericht des Kantonsspitals Z. \_\_ vom 7. Oktober 2011 dokumentierte eine kleine ansatznahe gelenkseitige und eine ansatznahe intratendinöse Teilläsion der SSP-Sehne (SSP: Supraspinatus). Dieser Bericht lag den Gutachtern vor (vgl. Gutachten vom 25. September 2020 [IV-act. 115, S. 2]). Der Vorwurf, der rheumatologische Gutachter Wüest habe einen neuen Befund unbeachtet gelassen verfängt deshalb nicht.

### **E. 6.1.3**

Im Weiteren beruft sich die Beschwerdeführerin auf die vom behandelnden Rheumatologen attestierte Arbeitsunfähigkeit. Dieser hatte in seinem Arztbrief vom 9. Februar 2021 (vgl. E. 4.13) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 50% festgehalten, zuzüglich eines erhöhten Pausenbedarfs von 5 Minuten pro Stunde zur Durchführung von Dehnungs- und Entspannungsübungen. Mittelschwere und schwere Tätigkeiten sowie Arbeiten oberhalb der Schulterhöhe, länger dauernde Zwangspositionen sowie länger dauerndes Sitzen seien nicht zulässig. Er könne nicht beurteilen, ob zusätzliche Einschränkungen aus anderen Fachgebieten vorlägen. Ob der Arbeitsalltag bei der Spitex leidensangepasst sei, könne er mangels Kenntnis des Stellenprofils nicht beurteilen.

### **E. 6.2.1**

Die Beschwerdeführerin moniert, das BEGAZ habe keine neurologischen Abklärungen getätigt. Sie sei in neurologischer Behandlung und habe mit Stellungnahme zum Vorbescheid auf die Notwendigkeit von entsprechenden Zusatzabklärungen hingewiesen. Die IV-Stelle habe die neuesten Ergebnisse des behandelnden Neurologen PD Dr. E. \_\_ nicht einbezogen. Lese man die Verfehlungen der MEDAS-Gutachter bezogen auf den rheumatologischen Teil, so sei umso unverständlicher, dass trotz klarer bildgebender neurologischer Befunde keine

### **E. 6.2.2**

Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung. Den Gutachtern muss es also freistehen, die von der IV-Stelle beziehungsweise dem RAD (oder im Beschwerdefall durch ein Gericht) bezeichneten Disziplinen gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen, wenn ihnen die Vorgaben nicht einsichtig sind (BGE 139 V 349 E. 3.3). Schliesslich wäre es mit der Gutachterpflicht nicht vereinbar, wenn den Sachverständigen eine Disziplinauswahl aufgezwungen würde, die sie als (versicherungs-)medizinisch nicht vertretbar erachteten (MASSIMO ALIOTTA, Begutachtungen im Bundessozialversicherungsrecht, 2017, S. 118). Sodann hielt das Bundesgericht auch fest, dass den Gutachtern – was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft – ein weiter Ermessensspielraum zukommt. Das beinhaltet

auch die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen. Es liege demnach im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist (Urteile BGer 8C\_820/2016 vom 27. September 2017 E. 5.5; 8C\_780/2014 vom 25. März 2015 E. 5.1). Die diesbezügliche sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung des Bundesgerichts hat im Übrigen mit der Gesetzesnovelle «Weiterentwicklung der IV» per 1. Januar 2022 auch Eingang in das Gesetz gefunden (vgl. Art. 44 Abs. 1 lit. c i.V.m. Abs. 5 nATSG, wonach die Fachdisziplinen bei polydisziplinären Gutachten abschliessend von der Gutachterstelle festgelegt werden).

### **E. 6.2.3**

Der konsultierte Neurologe E. \_\_ konnte in seinem Bericht vom 30. November 2020 (vgl. E. 4.12) keine neurogenen Auffälligkeiten festhalten. Er schloss einen Zusammenhang zwischen den (seit 2013 stationären) myelopathischen Signalveränderungen im MRI HWS und den Schulterschmerzen ebenso aus, wie eine neurogene Komponente der Schmerzen im Schultergürtelbereich. Eine neurologisch bedingte Arbeitsunfähigkeit schloss der Neurologe implizit aus. Entsprechend hat er auch keine weiteren Untersuchungen und Verlaufskontrollen vorgesehen. Es ist somit weder ersichtlich noch konkret dargetan, inwiefern eine neurologische Begutachtung zu einem anderen Ergebnis geführt hätte.

### **E. 6.3.1**

Im Weiteren beanstandet die Beschwerdeführerin das psychiatrische Teilgutachten. Dr. Seger habe in seiner Stellungnahme vom 1. Dezember 2020 lediglich eine 40%ige Arbeitsfähigkeit bestätigt und die Mängel im BEGAZ Gutachten aufgezeigt. Es falle zudem auf, dass in der Aktenzusammenfassung kein Bericht des behandelnden Psychiaters F. \_\_ aufgeführt werde. Im Psychatriebericht von Dr. I. \_\_ (Vertrauensärztin der Pensionskasse) werde eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion festgehalten und von einer Rückkehr an den angestammten Arbeitsplatz abgeraten. Der BEGAZ-Psychiater habe in Abweichung zur Vertrauensärztin eine Neurasthenie sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Entscheidend sei, dass seine psychiatrischen Diagnosen sowie vor allem sein Arbeitsunfähigkeitsschluss auf den somatischen, nachgewiesenermassen unvollständigen Untersuchungsergebnissen des BEGAZ-Rheumatologen basierten. Damit bleibe auch der psychiatrische Schluss bezogen auf die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung logischerweise falsch.

### **E. 6.3.2**

Die Beschwerdeführerin argumentiert widersprüchlich, wenn sie sich einerseits auf die im Austrittsbericht der Klinik B. \_\_ festgehaltene chronische Schmerzerkrankung beruft, andererseits auf jene des behandelnden Rheumatologen, der eine Schmerzstörung negiert. Der Psychiater F. \_\_ hielt denn auch fest, dass Symptomatik und Verlauf eine gewisse diagnostische Bandbreite zulasse innerhalb derer sich das Gutachten bewege (IV-act. 139, S. 19). Damit bestätigt er implizit, dass das Gutachten diesbezüglich nicht zu beanstanden ist und lege artis erfolgte. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (für die Spitex-Tätigkeit) stützte sich der Psychiater bloss auf die subjektive Einschätzung der Beschwerdeführerin, ohne diese mit objektivierbaren Befunden zu untermauern (IV-act. 139, S. 19) und er hielt fest, dass sie offenbar an ihre Grenze komme. Nachdem das rheumatologische Teilgutachten als schlüssig beurteilt wurde, erübrigen sich Weiterungen zur diesbezüglichen Kritik.

### **E. 6.4.1**

Die Beschwerdeführerin verweist auf den aufgelegten Bericht von Dr. med. J.\_\_\_, Co-Chefarzt Anästhesie des Kantonsspitals Z.\_\_\_ (BF-Bel. 5; vgl. E. 4.14). Dieser bestätigte sämtliche Beurteilungen des Rheumatologen D.\_\_\_.

#### **E. 6.4.2**

Dr. med. J.\_\_\_ bestätigt «die von Dr. D.\_\_\_ beschriebenen Problemfelder». Um welche es sich hierbei handelt, lässt er jedoch offen. Nachdem der behandelnde Rheumatologe D.\_\_\_ eine Schmerzstörung ausschliesst und im erwähnten Sprechstundenbericht anamnestisch weder den Aufenthalt in der Klinik B.\_\_\_ noch die dortige psychotherapeutische Edukation erwähnt, dürfte er diese Thematik gegenüber Dr. med. J.\_\_\_ nicht als Problemfeld festgehalten haben. Ausserdem richtete der Arzt den Fokus «wie von Dr. D.\_\_\_ gewünscht» auf die therapeutischen Optionen. Im Ergebnis vermag auch dieser Bericht den Beweiswert des Gutachtens nicht in Frage zu stellen.

#### **E. 6.5.1**

Die Beschwerdeführerin macht sodann geltend, laut der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hätte die IV-Stelle die in der Vergangenheit geschaffenen berufspraktischen Erprobungsergebnisse ebenfalls abklären und entsprechend gewichten müssen. Es werde deshalb auf die persönlichen Gedanken sowie die Aussagen der Arbeitgebervertreterin K.\_\_\_ hingewiesen (Beschwerde S. 15-17). Sodann sei ihre heutige Arbeitskollegin L.\_\_\_ zu befragen. Sie könne bestätigen, dass sie bei ihrem heutigen 40%-Pensum lediglich leichte Tätigkeiten ausübe und von ihren Arbeitskolleginnen entlastet werden müsse. Sie könne ebenfalls bestätigen, dass sie vermehrter Pausen bedürfe und bezogen auf das heutige Teilzeitpensum am Limit sei.

#### **E. 6.5.2**

Die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten ist nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung durch die Ärzte zu beantworten und nicht anhand der subjektiven Einschätzung des Arbeitgebers oder von Arbeitskollegen. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitseinsatz

#### **E. 6.6**

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass vollumfänglich auf das BEGAZ-Gutachten abgestellt werden kann. Damit ist die gutachterlich bescheinigte Arbeitsfähigkeit zu übernehmen. Demnach ist die Beschwerdeführerin seit Juni 2019 sowohl in der bisherigen (als angepasst erachteten) Tätigkeit und jeder anderen angepassten Tätigkeit zu 60% arbeits- und leistungs- fähig. 7.

#### **E. 7**

■ 26 3. 3.1 Die IV-Stelle sprach der Beschwerdeführerin gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der BEGAZ vom 25. September 2020 eine Viertelsrente ab 1. Juni 2020 zu. 3.2 Die Beschwerdeführerin beanstandet das Gutachten und den Einkommensvergleich. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die IV-Stelle die angefochtene Verfügung auf einen rechtsgenügend abgeklärten medizinischen Sachverhalt stützte und den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin korrekt festsetzte. 4.

#### **E. 7.1**

Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie habe sich am 13. August 2018 zum Leistungsbezug angemeldet. Aktenkundig sei aufgrund der echtzeitlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse, dass sie von diesem Datum an durchschnittlich durchgehend weit über 40% arbeitsunfähig gewesen sei. Dementsprechend entstehe der Rentenanspruch früher als dem verfügbaren 1. Juni 2020.

### **E. 7.2**

Im BEGAZ-Gutachten wurde der Beginn der Arbeitsunfähigkeit und damit das Wartejahr auf 1. Juni 2019 festgelegt. Echtzeitliche ärztliche Bescheinigungen, welche die Behauptung der Beschwerdeführerin stützen sind nicht aktenkundig. So hielt selbst der behandelnde Rheumatologe D. \_\_\_ im Februar 2019 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit fest (IV-act. 52), bestätigt durch die Hausärztin bis April 2019 (IV-act. 53). 8.

### **E. 8**

■ 26 Rheumatologisch bestehe aufgrund der erhobenen myofaszialen Befunde der Hals-/Nacken- sowie Schultergürtelregion sowie der rapportierten und gut nachvollziehbaren Kumulation der Beschwerden im Tages- und Wochenverlauf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40% im 100%-Pensum mit erhöhtem Pausenbedarf von 5 Minuten für Dehnübungen.

#### **E. 8.1**

Zu prüfen bleiben die Auswirkungen im erwerblichen Bereich.

#### **E. 8.2**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1).

##### **E. 8.3.1**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden

##### **E. 8.3.2**

Das von der IV-Stelle festgesetzte Valideneinkommen von Fr. 125'018.■ wird nicht beanstandet und die Aktenlage gibt zu keinen Weiterungen Anlass.

#### **E. 8.4.1**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich, weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

#### **E. 8.4.2**

Hinsichtlich des Invalideneinkommens hält die Beschwerdeführerin fest, dass sie ihre Rest-erwerbsfähigkeit in genügender Weise umsetze, weshalb vom aktuellen Einkommen auszugehen sei. Sie verdiene bei Y. \_\_ GmbH im Rahmen ihres 40%-Pensums brutto Fr. 2'600.■ (dies entspreche Fr. 6'500.■ bei einem 100%-Pensum).

#### **E. 8.4.3**

Die Beschwerdeführerin hat bei Eintritt des Gesundheitsschadens als Berufsbildungsfachfrau eine ihr zumutbare Tätigkeit ausgeübt. Angesichts der Tatsache, dass die 40%ige Tätigkeit als Pflegefachfrau bei der Spitex gutachterlich als ergonomisch nicht optimal angepasste Tätigkeit qualifiziert wurde, sie somit die ihr verbliebene zumutbare Erwerbsfähigkeit nicht optimal ausschöpft, kann auf das entsprechende tiefere Einkommen nicht abgestellt werden (u.a).

#### **E. 8.5**

Ein Leidensabzug ist, wie die IV-Stelle richtig festhält, nur bei einem nach dem Tabellenlohn (LSE) bestimmten Invalideneinkommen möglich. Dies ist vorliegend nicht der Fall, sodass sich Weiterungen erübrigen. 9. Die Beschwerdeführerin verlangt, die von Dres. E. \_\_, D. \_\_ und F. \_\_ fakturierten Zusatzabklärungskosten seien der IV-Stelle aufzuerlegen. Nach Art. 78 Abs. 3 IVV (in Kraft bis 31. Dezember 2021) werden die Kosten von Abklärungsmassnahmen von der Versicherung getragen, wenn die Massnahmen durch die IV-Stelle angeordnet wurden oder, falls es an einer solchen Anordnung fehlt, soweit sie für die Zusprennung von Leistungen unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Eingliederungsmassnahmen bilden. Entsprechend dem materiellen Prozessergebnis kommt den aufgelegten Berichten die in Art. 78 Abs. 3 IVV umschriebene Qualität nicht zu. Folglich fällt eine Entschädigung aufgrund dieser Vorschrift ausser Betracht. 10. Schliesslich verlangt die Beschwerdeführerin eine statistische Auswertung sämtlicher durch die BEGAZ seit 1. Januar 2015 für die IV-Stelle in der Schweiz erstellten Gutachten. Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn

und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1). Die statistische Ausübung sämtlicher BEGAZ-Gutachten seit Januar 2015 war nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung, wo- mit auf das Vorbringen nicht einzutreten ist. Selbst wenn darauf einzutreten wäre, würde es nicht zum von der Beschwerdeführerin erhoff- ten Ziel führen. Laut Bundesgericht unterstehen die IV-Stellen nicht dem eidgenössischen

#### **E. 9**

■ 26 Aus medizinischer Sicht liege eine chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psy- chischen Faktoren vor. Die Beschwerden seien nicht allein mit den somatischen Befunden erklärbar. Man habe keine Red Flags finden können, die Yellow Flags seien positiv. Pathophy- siologisch könne von einer zentralen Schmerzsensibilisierung ausgegangen werden, die sich über die letzten Jahre entwickelt habe. Die Biografie der Patientin zeige bereits in der Kindheit anhaltenden Stress durch psychische Belastungen, was gemäss kontrollierter Studien die Prä- valenz für eine Schmerzerkrankung im Erwachsenenalter erhöhe. Biografische Schilderungen würden auf eine überhöhte Leistungsorientiertheit, eine Dysbalance von Be- und Entlastung und auf eine maladaptive Schmerzbewältigung im Sinne eines inadäquaten Durchhaltens schliessen. In der Folge entstehe ein Circulus Vitiosus von Selbstüberforderung, Schmerzpro- gredienz, Schonung und Insuffizienzgefühlen. Es sei mit einem erhöhten inneren Stresserle- ben zu rechnen, welches sich ungünstig auf das Schmerzgeschehen auswirke. Begleitend finde sich häufig ein gesteigerter Muskeltonus. Die Patientin zeige Einsicht in diesen psycho- physiologischen Transaktionsprozess des Schmerzgeschehens. Affektiv zeige sich die Pati- entin vordergründig ausgeglichen, bei gleichwohl zu beobachtender depressiver Symptomatik. Die Patientin sei während der Rehabilitation und bis auf weiteres voll arbeitsunfähig.

#### **E. 10**

■ 26

#### **E. 11**

■ 26 leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten zumutbar, die bezüglich des rechten do- minanten Armes in der Regel unterhalb der Schulterhorizontalen ausgeführt werden könnten. Als Ressource sei die nach wie vor 40%ige Arbeitstätigkeit der Explorandin zu sehen sowie die Tatsache, dass sie praktisch die gesamte Haushaltung für sich und ihren Ehemann erledigen könne. Auch habe sie selbständig mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zum heutigen Un- tersuchungstermin in der Region Basel reisen können. Zusätzlich könne sie ein Ausbildungs- modul Hundezüchter absolvieren und regelmässig mit dem Hund in den Hundesport gehen. Soziale Belastungen bestünden bei der Beziehung zur ältesten Schwester. Die im Fachgutachten beschriebenen Konsistenzen (z.B. symmetrische Muskeltrophik trotz jahrelanger Beschwerdesymptomatik und Schonung des rechten Armes) sei zwar eine Inkon- sistenz, aber nicht im Sinne einer Aggravation, sondern als Ausdruck der Schmerzfehlverar- beitung. Hinweise für Inkonsistenzen ergäben sich aus psychiatrischer Sicht grundsätzlich keine. Während der Exploration sei kein Schmerzerleben zu erkennen. Die Explorandin unter- halte reduzierte soziale Kontakte und müsse auch im Alltag bei der Haushaltsführung immer wechselbelastende Tätigkeiten durchführen. Im Weiteren mache sie täglich physiotherapeuti- sche und Entspannungsübungen. Trotzdem persistierten Schlafstörungen. In der bisherigen Tätigkeit als Bildungsverantwortliche bestehe, unter Beachtung der funktio- nellen Auswirkungen

aus gutachterlicher rheumatologischer Sicht, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% im Sinne eines erhöhten Pausenbedarfs. Die Zeichen der Schmerzfehlverarbeitung seien nicht berücksichtigt, d.h. es sei nur ein Teil der von der Versicherten wahrgenommenen Beschwerden in die rheumatologische Beurteilung einbezogen. Postoperativ und während der stationären Rehabilitation habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit aufgrund des Vorliegens einer Neurasthenie, welche sich durch die erhöhte Ermüdbarkeit sowie die Reizbarkeit und die Schmerzen negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit. Nach eingehender Konsensbesprechung sei der Versicherten gesamtmedizinisch in der Tätigkeit als Bildungsverantwortliche ab Juni 2019 eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Die aktuelle Tätigkeit sei aus gutachterlicher rheumatologischer Sicht nicht vollständig angepasst, sodass diesbezüglich die gleichen Zeitangaben gälten wie für die frühere Tätigkeit, jedoch betrage die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit 30%. Eine Arbeitstätigkeit sei als angepasst anzusehen, bei in der Regel leichten bis intermittierend mittelschweren Gewichtsbelastungen und einer Arbeitshaltung für die rechte dominante obere Extremität unterhalb der Schulterhorizontale. Die jetzige Tätigkeit als Spitex-Angestellte sei aus psychiatrischer Sicht als ideal angepasste, wechselbelastende Tätigkeit zu beurteilen. Auch hier bestehe

## **E. 12**

■ 26 gesamtmedizinisch eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit ab Juni 2019. Eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit könne nicht attestiert werden, da die Explorandin nebst dem gesamten Haushalt, mit dem Hund Hundesport betreibe und Züchtermodule absolvieren könne.

### **E. 12.1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.■ bis Fr. 1'000.■ festgelegt. Die Gerichtskosten werden den Parteien im Verhältnis ihres Unterliegens auferlegt. Im Lichte dieser Richtlinien werden die Gerichtskosten auf Fr. 800.■ festgesetzt, ausgangsmässig der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt, dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen und sind damit bezahlt.

### **E. 12.2**

Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

## **E. 13**

■ 26

## **E. 14**

April 2021 wortwörtlich in ihrer Beschwerdeschrift zitiert. Damit, so die Beschwerdeführerin, sei alles zur medizinischen Unvollständigkeit des rheumatologischen BEGAZ-Gutachtens gesagt (Beschwerde, S. 10). Der Rheumatologe zeige minutiös und detailliert auf, dass wichtige bildgebende Befunde von den Gutachtern unerwähnt, unbefundet und ungewichtet geblieben seien. Auch zeichne er nachvollziehbar und detailliert nach, dass die von ihm attestierte Arbeitsfähigkeit gemäss Arztbrief vom 9. Februar 2021 nach wie vor gelte (mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit für leichte

Tätigkeiten mit zusätzlichem Pausenaufwand von 5 Minuten pro Stunde). Dies entspricht genau dem heutigen 40%-Pensum der

#### **E. 15**

■ 26 Beschwerdeführerin. Diese noch verwertbare Restarbeitsfähigkeit sei langfristig am Arbeitsplatz ausgetestet (Beschwerde, S. 15).

#### **E. 16**

■ 26 Demgegenüber wird der Beschwerdeführerin gutachterlich insgesamt eine 60%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Der rheumatologische Teilgutachter Wüest zeigte auf, weshalb ein relevanter Anteil der geklagten Schmerzen nicht somatischer Schmerzgenese ist und unberücksichtigt blieb. Der behandelnde Rheumatologe setzt sich mit diesem Aspekt nicht auseinander und die somatischen Befunde als nicht ausreichend gewürdigt. Dies, obwohl er die medizinische Beurteilung der Klinik B. \_\_\_ zitiert, die (ebenfalls) festhält, dass die somatischen Befunde alleine die Beschwerden nicht erklären können und positive Yellow Flags vorlägen (Yellow Flags: psychosoziale Faktoren, die mit einem erhöhten Risiko für eine Chronifizierung von muskuloskeletalen Beschwerden assoziiert sind). Die medizinische Folgenabschätzung weist notgedrungen eine hohe Variabilität auf und trägt unausweichlich Ermessenszüge. Überdies ist in Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (u.a. Urteil BGer 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2). Dies ist vorliegend nicht der Fall.

#### **E. 17**

■ 26 neurologische Begutachtung in die Wege geleitet worden sei. Der Entscheid sei somit bereits infolge unvollständiger Begutachtung durch die BEGAZ aufzuheben.

#### **E. 18**

■ 26

#### **E. 19**

■ 26

#### **E. 20**

■ 26 der versicherten Person effektiv realisiert und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an der ärztlichen Annahme zu begründen (Urteil BGer 9C\_737/2011 vom 16. Oktober 2012 E. 3.3). Anders

als von der Beschwerdeführerin suggeriert, sind jedoch weder eine leistungsorientierte berufliche Abklärung noch berufliche Eingliederungsvorkehrungen aktenkundig. Die von der Beschwerdeführerin zitierten Überlegungen der Arbeitgeberinvertreterin K. \_\_ erweisen sich als schlichte Wiedergabe der subjektiven Schilderungen der Beschwerdeführerin. Darüber hinaus beschlagen die Schilderungen ihre Tätigkeit als Bildungsverantwortliche im Pflegezentrum Gehrenholz, die als leichte wechselseitige Tätigkeit zwar rein somatisch als ideal und zumutbar erachtet wurde, jedoch aufgrund der arbeitsplatzbezogenen Problematik als nicht empfehlenswert. Die aktuelle Tätigkeit als Pflegefachfrau bei der Spitex entspricht aus Sicht des begutachtenden Rheumatologen (vgl. E. 4.10) nicht einer ergonomisch angepassten Tätigkeit, der behandelnde Rheumatologe konnte sich dazu nicht äussern (vgl. E. 6.1.2). Sodann kündigte die Beschwerdeführerin das Arbeitsverhältnis bei der Spitex \_\_ (40%-Pensum) aufgrund der physischen Verfassung bzw. wegen «Wiederaufflammens» der Schulterproblematik, die sich wieder deutlich entwickelt habe (IV-act. 139, S. 23). Mit den nun im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit als Pflegefachfrau bei der Y. \_ GmbH geltend gemachten Beschwerden bestätigt die Beschwerdeführerin die gutachterliche Einschätzung.

#### **E. 21**

■ 26

#### **E. 22**

■ 26 wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1).

#### **E. 23**

■ 26 Urteile BGer 8C\_590/2019 vom 22. November 2019 E. 5.3; 8C\_543/2019 vom 25. Oktober 2019 E. 5.4).

#### **E. 24**

■ 26 Öffentlichkeitsgesetz, so dass insoweit das entsprechende kantonale Recht anwendbar ist (BGE 144 I 170). Der Kanton Nidwalden hat bislang kein Öffentlichkeitsgesetz erlassen, das Basis für ein entsprechendes Gesuch bilden kann. Ob das Verwaltungsgericht für die Beurteilung eines solchen Gesuchs überhaupt zuständig wäre, kann offenbleiben. 11. Zusammenfassend hat die IV-Stelle den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist vollumfänglich abzuweisen, soweit überhaupt darauf einzutreten ist. 12.

#### **E. 25**

■ 26

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.