

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/21 vom 4. Juli 2022

Sg Versicherungsgericht, 2022-07-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2021_21

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/21 du 4 juillet 2022

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/21 del 4 luglio 2022

Regeste

Art. 28 und 29 IVG; Art. 43, 44 und 61 ATSG. Beweiswert der Arbeitsfähigkeitsschätzung eines Administrativgutachtens, wenn ein beinahe zeitgleich für den Krankentaggeldversicherer erstelltes Gutachten zu einer anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelangt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Juli 2022, IV 2021/21).

Volltext

Entscheid vom 4. Juli 2022 Besetzung Versicherungsrichterinnen Corinne Schambeck (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Felicia Sterren Geschäftsnr. IV 2021/21 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Mark A. Glavas, MLaw, Advokatur Glavas AG, Dorfstrasse 33, 9313 Muolen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 18. Dezember 2018 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an, nachdem sie sich am 2. Juni 2018 bei einem Sturz unter anderem eine Schulterverletzung zugezogen hatte (IV-act. 1). In der Folge tätigte die IV-Stelle diverse Abklärungen über den eingetretenen Gesundheitsschaden und die zuletzt ausgeübte Tätigkeit der Versicherten und holte insbesondere die Akten des Unfallversicherers ein (vgl. IV-act. 11 ff.). Am 27. Mai 2019 fand auf Veranlassung des Unfallversicherers (Suva-act. 91) eine kreisärztliche Untersuchung durch die Kreisärztin Dr. med. B.____, Fachärztin für Chirurgie, statt (Suva-act. 94). Die Kreisärztin erachtete die Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit als ganztags arbeitsfähig. Da die Versicherte einen psychisch vulnerablen Eindruck auf die Kreisärztin machte, sah sie eine psychiatrische Evaluation als sinnvoll an (vgl. Suva-act. 94-6 f.). Mit Schreiben vom 16. August 2019 teilte der Unfallversicherer der Versicherten mit, aufgrund der kreisärztlichen Beurteilung sei sie per sofort in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Per 31. Oktober 2019 stelle er deshalb seine Taggeldleistungen ein (Suva-act. 121-1). Mit Verfügung vom 7. Oktober 2019 wies der Unfallversicherer das Gesuch um Invalidenrente und Integritätsentschädigung ab (Suva-act. 140). Auf Anraten des Hausarztes hin (IV-act. 39) begab die Versicherte sich ab dem 24. Juli 2019 zur Behandlung ihres depressiven Zustandsbilds in psychiatrische Behandlung im Psychiatricentrum C.____ (vgl. Arztbericht vom 2. Oktober 2019, IV-act. 46, und vom 5. März 2020, IV-act. 57). Mit Mitteilung vom 8. Oktober 2019 lehnte die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen ab, weil die Versicherte sich nicht in der Lage fühlte, an Eingliederungsmassnahmen mitzuwirken (IV-act. 49). Zur Behandlung ihrer chronischen Schmerzen hielt sich die Beschwerdeführerin vom 15. Oktober bis 12. November 2019 stationär in der Rehaklinik D.____ auf (IV-act. 54). Am 28. April 2020 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie eine orthopädisch-psychiatrische Untersuchung als notwendig erachte. Die Begutachtung

erfolge durch die Gutachter der IME – Interdisziplinäre medizinische Expertisen (nachfolgend: IME), Prof. Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (IV-act. 63). Mit Gutachten vom 21. Juli 2020 stellten die Gutachter folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Belastungs- und Bewegungseinschränkung im Bereich des rechten Schultergelenks nach einer am 2. Juni 2018 erlittenen Kontusion bei vorbestehender Massenruptur der Rotatorenmanschette mit einer Kontinuitätsunterbrechung der langen Bizepssehne, der Supra- und Infraspinatussehne sowie einer Partialruptur Subscapularissehne (ICD-10 M75.2). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Reinigungskraft bestehe seit dem Unfallereignis vom 2. Juni 2018 keine Arbeitsfähigkeit mehr. Für eine rechtsseitig schulteradaptierte Tätigkeit bestehe eine quantitativ unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-act. 67-7 f. und 67-11). Auf Nachfrage der IV-Stelle vom 6. August 2020 (IV-act. 69) teilte Dr. G.____ am 18. August 2020 mit, dass bei der Versicherten ab spätestens Mitte September 2018 wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 100 % vorgelegen habe (IV-act. 70). Mit Vorbescheid vom 14. September 2020 stellte die IV-Stelle der Versicherten gestützt auf das IME-Gutachten die Ablehnung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 74). Gegen diesen Vorbescheid erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Mark A. Glavas, am 12. Oktober 2020 Einwand (IV-act. 76). Zur Begründung führte sie mit ergänzendem Schreiben vom 27. Oktober 2020 im Wesentlichen aus, in der Zwischenzeit habe sie das Gutachten von Dr. med. F.____, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 23. Juni 2020 (IV-act. 82-4 ff.; entspricht Suva-act. 179-3 ff.) erhalten, welche für die Z.____ (Krankentaggeldversicherer) eine versicherungsmedizinische Beurteilung abgegeben habe. Wie dieser Beurteilung zu entnehmen sei, bestehe aufgrund der erheblichen Funktionseinschränkungen weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit eine verwertbare Arbeitsfähigkeit. Erst nach der indizierten Operation (Schulterprothese) könne allenfalls eine verwertbare Arbeitsfähigkeit wiedererlangt werden. Aus den versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dr. F.____ und Dr. G.____ würden sich frappante Unterschiede ergeben. Dr. G.____ habe die Versicherte bloss gesundgeschrieben (IV-act. 82-1 f.). Mit Stellungnahme vom 4. Dezember 2020 führte der RAD aus, in gegenseitiger Unkenntnis hätten fast zeitgleich orthopädische und psychiatrische Begutachtungen im Auftrag der IV-Stelle und der Z.____ stattgefunden. Unabhängig voneinander hätten beide psychiatrischen Gutachter (Prof. E.____ und Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; vgl. Suva-act. 180) ein nicht authentisches, teilweise sehr theatralisches Beschwerdeverhalten beobachtet, welches sich auch im Rahmen einer Beschwerdevalidierung bestätigt habe. Die durchgeführten Laboruntersuchungen hätten keinen oder keinen wirksamen Nachweis der von der Versicherten angegebenen Medikamente ergeben. Zu diversen Diskrepanzen (beispielsweise Fahrtätigkeit mit dem eigenen Auto trotz der demonstrierten massiven Bewegungseinschränkungen; fehlende Muskelatrophie; massive Schonhaltung in der Schulterstreckung bei Dr. med. H.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik I.____, wobei der Oberarm gegen den Oberkörper gepresst worden sei und der Unterarm flach auf dem Bauch gelegen habe und der Arm beim Gehen durch die Gegenseite gestützt worden sei gegenüber dem freien Schwingen beider Arme bei Dr. J.____) nehme Dr. F.____ keine Stellung. Im Gegensatz hierzu finde sich im Gutachten Dr. G.____s eine deutlich umfangreichere Dokumentation der

Krankengeschichte und des Untersuchungsbefundes, eine Indikatorenprüfung, eine Stellungnahme zu abweichenden Vorbeurteilungen und die Beschreibung von Inkonsistenzen bei Verdacht auf bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenzen. Die Beurteilung Dr. F. ___s vermöge daher diejenige von Dr. G. ___ nicht in Frage zu stellen. Neue medizinische Erkenntnisse würden nicht vorliegen. Auf das IME-Gutachten könne somit nach wie vor abgestellt werden (IV-act. 83). Mit Verfügung vom 5. Januar 2021 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Zur Begründung führte sie aus, die Beurteilung von Dr. F. ___ vermöge die Begutachtung von Dr. G. ___ nicht in Frage zu stellen, sodass auf letztere abzustellen sei (IV-act. 84). Gegen diese Verfügung erhebt die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin), weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Mark A. Glavas, am 4. Februar 2021 (Postaufgabe) Beschwerde. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung vom 5. Januar 2021 sei aufzuheben und ihr sei eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei eine orthopädische Oberexpertise in Auftrag zu geben. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich 7.7 % Mehrwertsteuer zu Lasten der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin). Sie bemängelt das orthopädisch-traumatologische Gutachten von Dr. G. ___. Dieser habe unsorgfältig gearbeitet. Er habe die Bilddokumentation nicht verlangt. Mit keinem Wort habe er die radiologisch festgestellte Verschlechterung des Gesundheitszustands erwähnt, weshalb er auch Inkonsistenzen behaupte. Zudem äussere er sich nicht zur Frage der Operationsindikation. Die Dauer der Begutachtung bei Dr. F. ___ spiele gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung keine Rolle. Dr. F. ___ hätten sämtliche Akten zur Verfügung gestanden. Weder eine interdisziplinäre Beurteilung noch eine Indikatorenprüfung sei notwendig gewesen, zumal sich unbestrittenermassen bloss die orthopädischen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Dr. F. ___, welche aufgrund ihrer berüchtigten Härte nie von Seiten der Versicherten als Gutachterin ausgewählt würde, habe nach der klinischen Untersuchung und dem Studium der über 300 Seiten an medizinischen Akten keine Aggravation festgestellt, sondern die Beschwerden schlüssig auf die somatische Diagnose zurückgeführt und nachvollziehbar erklären können, dass keine Arbeitsfähigkeit bestehe. Vielmehr habe sie erläutert, dass aufgrund der radiologischen Verschlechterung des Gesundheitszustands eine Operation unerlässlich sei. Aus diesen Gründen sei auf die Beurteilung von Dr. F. ___ abzustellen und es sei der Beschwerdeführerin eine ganze Rente auszurichten. Andernfalls sei eine Oberexpertise in Auftrag zu geben (act. G1). Mit Beschwerdeantwort vom 15. April 2021 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie stellt sich auf den Standpunkt, das Gutachten Dr. G. ___s sei überzeugend und beweiskräftig. Er sei zur selben Erkenntnis gekommen wie die Kreisärztin in ihrem Untersuchungsbericht vom 28. Mai 2019 und habe ihre Meinung betreffend Arbeitsfähigkeit geteilt. Bei der von der Beschwerdeführerin angegebenen Schonung des rechten Arms hätte dieser atrophiert sein müssen, es habe aber eine Umfangmehrung und damit eine objektivierbare Verbesserung des Zustands des rechten Arms vorgelegen. Dr. F. ___ habe sich auf Dr. H. ___ gestützt, obwohl diese sich nicht sicher gewesen sei, ob die Beschwerdeführerin von der inversiven Schulterprothese profitieren würde. Dr. G. ___ hingegen sei zum Schluss gekommen, dass die Beurteilung von Dr. H. ___ widersprüchlich sei. Darin, dass Dr. G. ___ sich nicht ausdrücklich zur Frage der Operationsindikation geäussert habe, könne kein Mangel am Gutachten erblickt werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei eine Operation bei einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit nicht nötig. Dr. G. ___ schliesse zudem eine Operationsindikation implizit aus, indem er in seinem

Gutachten lediglich andere Behandlungsempfehlungen mache. Dr. F.____ habe weder eine Schmerzanamnese noch eine detaillierte Medikamentenanamnese durchgeführt. Dr. G.____ habe festgestellt, dass die Beschwerdeführerin die Medikamente nicht regelmässig einnehme. Das Gutachten von Dr. F.____ sei damit nicht geeignet, konkrete Zweifel an der Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. G.____ zu erwecken (act. G4). Mit Replik vom 19. Mai 2021 hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen vollumfänglich fest. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin habe Dr. G.____ sich mit keinem Wort zu den radiologischen Bildern, insbesondere zum Verlaufs-CT vom April 2019, geäußert. Vielmehr habe er bloss die gleich nach dem Unfall erfolgte Bildgebung berücksichtigt, um zur Unfallkausalität Stellung zu nehmen. Dr. F.____ habe sich nicht bloss auf die Angaben von Dr. H.____ verlassen, sondern die Verschlechterung innerhalb eines Jahres mit der radiologischen Bildgebung begründet (act. G6). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G8). Erwägungen Anspruch auf eine Rente 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 wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind. Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. 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 einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der vorliegenden anwendbaren, bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Fassung; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C_455/2021, E. 2) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Um 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). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsrecht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Demnach ist für den Beweiswert grundsätzlich weder die Herkunft eines

Beweismittels noch dessen Kennzeichnung massgebend. Der Verwaltungsträger hat sich aufgrund des gesamten, verfahrensmässig korrekt erhobenen Beweisergebnisses eine Auffassung darüber zu erarbeiten, ob die in Frage stehende Tatsache mit dem im Sozialversicherungsrecht grundsätzlich erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist oder nicht. Dabei muss er sorgfältig, gewissenhaft und unvoreingenommen vorgehen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., 2020, Art. 43 N 61; vgl. zum Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen). Das Bundesgericht sieht es gemäss seiner langjährigen, konstanten Rechtsprechung als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar an, medizinischen Berichten je nach Herkunft eine unterschiedliche Überzeugungskraft zuzubilligen. Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) darf voller Beweiswert zuerkannt werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Von versicherungsinternen Gutachten muss dagegen abgewichen werden, sobald auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts vom 11. Februar 2022, 9C_528/2021, E. 4.2, mit Hinweis auf BGE 135 V 465 E. 4.4 und BGE 125 V 351 E. 3b; Kieser, a.a.O., Art. 43 N 64). Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts entspricht es einer Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte mit Blick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Dabei handelt es sich um eine Richtlinie, die als solche mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) vereinbar ist (vgl. hierzu etwa BGE 125 V 351 E. 3b/cc oder BGE 135 V 465 E. 4.5). Das Gericht ordnet ein Gerichtsgutachten an, wenn die Verwaltung eine Administrativexpertise berücksichtigt hat, die in einem rechtserheblichen Punkt die durch die Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an den Beweiswert nicht erfüllt und dieser Mangel nicht allein durch eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung des Gutachtens behoben werden kann, wenn die Verwaltung einen manifesten Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen fortbestehen lässt, ohne diesen durch objektiv begründete Argumente aufzulösen oder wenn die Verwaltung eine oder mehrere für die Würdigung der medizinischen Situation notwendige Fragen offengelassen hat (vgl. BGE 137 V 210 E. 4; Urteil des Bundesgerichts vom 10. August 2017, 9C_348/2017, E. 2). Während die Beschwerdeführerin auf das vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebene Gutachten von Dr. F.____ abstellen möchte, stützt sich die Beschwerdegegnerin auf das von ihr in Auftrag gegebene IME-Gutachten. Daraus, dass der Krankentaggeldversicherer gestützt auf das Gutachten von Dr. F.____ Leistungen (Krankentaggelder) erbringt, wie die Beschwerdeführerin vorbringt (vgl. act. G1, S. 4), kann sie für das vorliegende Verfahren nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die Beschwerdegegnerin ist nicht an den Entscheid des Krankentaggeldversicherers gebunden. Die Beschwerdeführerin kritisiert, die Beschwerdegegnerin ziehe das IME-Gutachten demjenigen von Dr. F.____ in unzulässiger Weise vor. Deshalb ist an dieser Stelle festzuhalten, dass es sich beim IME-Gutachten um ein im IV-Verfahren nach Art. 44 ATSG erstelltes Administrativgutachten im Sinne der voranstehend dargelegten Rechtsprechung handelt. Diesem Gutachten ist somit voller Beweiswert zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. E. 1.5 vorstehend). Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin, nachdem sie zum Schluss gelangt ist, dass das Gutachten Dr. F.____s keine konkreten Zweifel am

IME-Gutachten wecke, auf letzteres abstellt. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob das Gutachten Dr. F. ___s konkrete Indizien enthält, welche gegen die Zuverlässigkeit des IME-Gutachtens sprechen. Im Beschwerdeverfahren von den Parteien thematisiert, aber nicht streitig und korrekt ist, dass sowohl Dr. F. ___ als auch Dr. G. ___ grundsätzlich eine umfassende Aktendokumentation zur Verfügung stand (vgl. IV-act. 67-46 ff. und IV-act. 82-4 ff., insbesondere IV-act. 82-5) und dass die genaue Dauer der persönlichen Untersuchung vorliegend nicht von erheblicher Bedeutung ist; massgebend ist vielmehr, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Mai 2020, 8C_767/2019, E. 3.4). Die Beschwerdeführerin macht geltend, Dr. G. ___ habe die Akten offensichtlich nicht genau studiert und das Gutachten nicht sorgfältig erstellt. Soweit sie in diesem Zusammenhang darauf hinweist, dass Dr. G. ___ von Herrn Dr. H. ___ statt von Frau Dr. H. ___ spricht, ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass es sich hierbei offenkundig um ein Versehen handelt. Aus diesem Versehen kann keine generell fehlende Sorgfältigkeit beim Aktenstudium oder der Erstellung des Gutachtens abgeleitet werden. Wichtig ist vielmehr, dass Dr. G. ___ die Einschätzung von Dr. H. ___ umfassend wiedergegeben und sich damit ausführlich auseinandergesetzt hat (vgl. IV-act. 67-64 f. und IV-act. 67-135). Soweit die Beschwerdeführerin ausführt, Dr. G. ___ habe sich nicht mit den klinischen und radiologischen Befunden auseinandergesetzt, kann ihr nicht gefolgt werden (siehe nachfolgende E. 3.4 bis E. 3.6). Dr. G. ___ hat eine sorgfältige klinische Untersuchung des gesamten Bewegungsapparates vorgenommen, die radiologische Bildgebung gewürdigt (IV-act. 67-123, 67-119 und 67-135) und die Ergebnisse ausführlich schriftlich festgehalten (vgl. IV-act. 67-95 bis IV-act. 67-113). Er empfahl der Beschwerdeführerin sogar eine aktuelle radiologische Bildgebung des rechten Schultergelenks, was diese jedoch ablehnte (IV-act. 67-114). Im Ergebnis hielt Dr. G. ___ fest, eine valide klinische Überprüfung der Rotatorenmanschette sei nicht durchführbar gewesen. Schon bei einer vorsichtigen Berührung durch ihn gebe die Beschwerdeführerin an, stärkste Schmerzen zu verspüren. Sie spanne spontan deutlich dagegen. Eine klinisch verwertbare Untersuchung der rechten Rotatorenmanschette sei daher nicht möglich (IV-act. 67-101). Obschon die Beschwerdeführerin anlässlich der Befragung zu ihrem Tagesablauf angegeben hatte, den rechten Arm komplett zu schonen (vgl. IV-act. 67-85), stellte Dr. G. ___ fest, dass beide Arme der Beschwerdeführerin auf dem Weg von der Wartezone zur Untersuchung während des Gehens frei im Schultergelenk schwingen (IV-act. 67-92), sie bei der Entnahme der ID aus dem Portemonnaie eine uneingeschränkte Mobilität und Feinmotorik demonstrierte (IV-act. 67-92) und die Umfangmasse der oberen Extremitäten beidseits vergleichbar waren (vgl. IV-act. 67-106). Dazu vermerkte er, die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden im Bereich des rechten Schultergelenks könnten in der von ihr wahrgenommenen Ausprägung und Intensität weder im Rahmen der dezidierten klinischen noch anhand der vorliegenden radiologischen Bildgebung objektiviert werden (IV-act. 67-123). Dr. G. ___ schilderte weiter, er habe das rechte Schultergelenk sowie den rechten Oberarm mittels eines handelsüblichen roten Laserpointers bestrahlt. Die Beschwerdeführerin habe hierbei angegeben, einen brennenden Schmerz zu verspüren, ähnlich einem glühenden Nagel, der in ihre Haut eintrete, und daraufhin gebeten, die Untersuchung zu beenden. Ausser dem Lichteffekt verursache die punktuelle Bestrahlung eines Hautareals mittels eines handelsüblichen roten Laserpointers keinerlei Schmerzen oder Temperatursensationen. Eine positive Schmerzverstärkung, wie sie von der Beschwerdeführerin angegeben worden sei, sei physiologisch nicht erklärbar und als eine

Aggravationstendenz aufzufassen (IV-act. 67-125). Die Beschwerdeführerin habe angegeben, seit dem Unfallereignis vom 2. Juni 2018 den rechten, dominanten Arm nahezu nicht mehr einsetzen zu können. Überraschenderweise habe sich im Rahmen der Umfangmessung keine Atrophie der rechten Ober- und Unterarmmuskulatur gezeigt, wie dies nach einer zweijährigen Schonung zu erwarten wäre. Im Gegenteil habe der rechte Arm durchgehend eine Umfangsmehrung von 0.5 bis 1.5 cm aufgewiesen (IV-act. 67-134). Dr. G.____ war die radiologische Bildgebung sowohl von Juni 2018 als auch von April 2019 bekannt, wie sich aus entsprechenden Erwähnungen im Gutachten ergibt. Dementsprechend wurde auch in der Aktenzusammenfassung die Befundbeurteilung der CT-Arthro-Schulter rechts vom 15. April 2019 durch Dr. med. K.____, Oberarzt mbF, Klinik Y.____, wiedergegeben (seit Juni 2018 leicht zunehmende fortgeschrittene lipomatöse Degeneration und Volumenatrophie des M. supraspinatus, M. infraspinatus und subscapularis. Bei vorbestehender transmuraler Ruptur der jeweiligen Sehne mit unveränderter maximaler Sehnenretraktion bis auf Höhe des Glenoids. In liegender Position zunehmend Humeruskopfhochstand. In Kontakt mit der progredienten degenerativen veränderten Acromionunterfläche. Keine signifikanten degenerativen Veränderungen glenohumeral. Moderate AC-Gelenksarthrose ohne Progredienz; vgl. zum Ganzen IV-act. 67-47, 67-53 und 67-119; vgl. auch Suva-act. 129-7 f.). Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass diese Befunde auch der Kreisärztin bereits bekannt waren (vgl. Suva-act. 94-2) und die im Laufe von knapp einem Jahr (zwischen Juni 2018 und April 2019) eingetretene Verschlechterung somit nicht nur von Dr. G.____, sondern auch von der Kreisärztin bei ihrer Einschätzung berücksichtigt wurde. Zwar führte Dr. H.____ aus, im Vergleich zum Vor-CT zeige das Arthro-CT vom 15. April 2019 eine massive Zunahme des Kopfhochstandes mit nun Acetabularisierung am Akromion und Dezentrierung nach anterosuperior und eine Zunahme auch der fettigen Degeneration im Infraspinatus und Supraspinatus sowie etwas auch im Subscapularisbereich und mittlerweile rupturierte lange Bizepssehne (Suva-act. 157-2). Dabei stützt sie sich jedoch auf die gleichen CTs wie die Dres. K.____, G.____ und die Kreisärztin. Die von ihr veranlassten Röntgenaufnahmen zeigten keine weitergehende Pathologie, sondern lediglich Hinweise auf die bereits bekannte Acetabularisierung am Akromion und im Gegensatz zum früheren CT sogar insofern eine Verbesserung, als das Schultergelenk im Stehen zentriert war (vgl. Suva-act. 157-2). Bei der Beurteilung von Dr. H.____ handelt es sich somit lediglich um eine etwas andere Einschätzung desselben medizinischen Sachverhalts gegenüber derjenigen der Dres. K.____, G.____ und der Kreisärztin. In Dr. F.____s Gutachten heisst es: "In einem Sprechstundenbericht vom 19.11.2019 wird bei Zunahme des Kopfhochstandes mit Acetabularisierung am Acromion und Dezentrierung nach anterosuperior bei mittlerweile auch rupturierter langen Bizepssehne und Zunahme der fettigen Degeneration festgehalten, dass sich die [Beschwerdeführerin] jederzeit für die angebotene OP melden dürfe" (IV-act. 82-11). Die Beschwerdeführerin scheint zu verkennen, dass Dr. F.____ sich hierbei ebenfalls und nur indirekt auf das CT vom 15. April 2019, und nicht etwa auf neuere Bildgebung stützt. Denn wie erwähnt ergaben sich diese Befunde – mit Ausnahme von Hinweisen der schon bekannten Acetabularisierung am Akromion – aus der Röntgenaufnahme nicht. Bei den von Dr. F.____ erwähnten Röntgenaufnahmen vom 15. November 2019 handelte es sich um Bildgebung zur HWS, aus welcher unstrittig keine Arbeitsunfähigkeit resultiert. Im Ergebnis hielt Dr. F.____ lediglich in Wiederholung von Dr. H.____ fest, die Situation habe sich radiologisch im Verlauf eines Jahres verschlechtert (IV-act. 82-12), ohne indes den bereits in den Vorakten befindlichen Ausführungen etwas

hinzuzufügen. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, Dr. F.____ habe objektivierbare Verschlechterungen beschrieben, welche Dr. G.____ nicht einmal erwähnt habe, kann ihr somit nicht gefolgt werden. Die Beschwerdeführerin wirft Dr. G.____ sodann vor, er habe sich nicht zur Operationsindikation geäußert. Wie die Beschwerdegegnerin indes zutreffend anmerkte, erachtete Dr. G.____ die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit als vollumfänglich arbeitsfähig und konservative Behandlungsoptionen (fachgerechte Medikation, Physiotherapie) als angebracht (vgl. IV-act. 67-128, IV-act. 67-124). Äusserungen zu einer allfälligen Operationsindikation waren unter diesen Umständen nicht erforderlich, da bei einer attestierten Arbeitsfähigkeit von 100 % eine allfällige Operation im Sinne einer medizinischen Massnahme ohnehin nicht zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit geführt hätte und damit aus IV-rechtlicher Sicht auch nicht notwendig war. Im Übrigen erwähnte Dr. H.____, das Alter der Beschwerdeführerin würde gegen die Operation sprechen und sie sei nicht sicher, ob die Beschwerdeführerin genügend profitieren würde (vgl. Suva-act. 157-2). Auffallend ist in diesem Zusammenhang, dass Dr. F.____ offensichtlich davon ausging, die Beschwerdeführerin werde sich in absehbarer Zeit der – schon unmittelbar nach dem Unfall von der Klinik I.____ wie auch dem Spital L.____ empfohlenen (vgl. IV-act. 82-5) – Schulteroperation unterziehen, zumal sie anlässlich der Begutachtung bei Dr. F.____ angab, sie wolle sich nun vermehrt der Notwendigkeit ihrer Operation stellen (IV-act. 82-11). Eine solche Operation erfolgte jedoch bis zur angefochtenen Verfügung vom 5. Januar 2021 offenbar nicht. Insofern ging Dr. F.____ von einem unzutreffenden Sachverhalt aus. Die Beschwerdeführerin beruft sich darauf, Dr. F.____ habe betont, dass ihr aufgrund der erheblichen Funktionseinschränkungen der rechten Schulter in Kombination mit den Schmerzen keine nennenswerten Tätigkeiten mehr zumutbar seien. Auch Dr. H.____ habe bei beginnender Cuff Arthropathie rechts festgehalten, sie könne den rechten Arm selbst für leichte Arbeiten nicht mehr benutzen. Sie zeige zwar ein massives Schonverhalten, aber auch eine strukturelle Schädigung mit deutlicher Funktionseinschränkung. Die klinische Untersuchung bei diesen beiden Fachärztinnen verlief ähnlich wie jene bei der Kreisärztin und Dr. G.____. So hielt Dr. H.____ fest, die passive Beweglichkeit sei massiv schmerzhaft und werde von der Beschwerdeführerin kaum zugelassen, funktionelle Tests seien nicht durchführbar und auch nicht beurteilbar (Suva-act. 157). Dr. F.____ beschrieb, die passive Überprüfung der Funktionen der rechten Schulter werde abgewehrt (IV-act. 82-10). Somit waren die klinischen Ergebnisse der Untersuchungen bei diesen beiden Fachärztinnen ebenso unverwertbar wie jene von Dr. G.____ (vgl. IV-act. 67-101; E. 3.3 vorstehend). Wie voranstehend dargelegt, lag Dr. H.____ und Dr. F.____ im Wesentlichen dieselbe Bildgebung vor wie der Kreisärztin und Dr. G.____. Anders als letztere stützte Dr. F.____ – wie zuvor schon Dr. H.____ – sich bei ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wesentlich auf die Angaben der Beschwerdeführerin betreffend Schmerzerleben und Schonverhalten. Sie hielt denn auch fest, die Einschränkungen der Beschwerdeführerin seien erheblich bei myofascialen Schmerzen sowie Aufhebung der Funktion der rechten Schulter bei Schmerzen durch Humeruskopfhochstand und beginnender Cuff Arthropathie. Aufgrund der erheblichen Funktionseinschränkungen der rechten Schulter in Kombination mit Schmerzen könne die Beschwerdeführerin als Rechtshänderin weder im Alltag noch im Beruf nennenswerte Tätigkeiten verrichten (IV-act. 82-13 f.; vgl. auch Suva-act. 157). Die Kreisärztin und Dr. G.____ hinterfragten hingegen die präsentierten Schmerzen. Sogar Dr. H.____ hielt fest, sie habe an der Schmerzbewältigung der Beschwerdeführerin immer noch ihre Zweifel und die Schmerzen würden sich mit einer Cuff Arthropathie alleine

schwer erklären lassen. Sie sei sich deshalb nicht ganz sicher, ob die Patientin von einer Operation profitieren würde (Suva-act. 157). Wird die Schmerzschilderung der Beschwerdeführerin in Frage gestellt, so verbleiben zwar, wie auch Dr. G.____ und die Kreisärztin festgestellt haben, funktionelle Einschränkungen der Schulter. Diesen kann aber mittels Adaptionskriterien Rechnung getragen werden, wie Dr. G.____ und auch die Kreisärztin (Suva-act. 94-7) es getan haben. Dr. G.____ stellte fest, seine Einschätzung beruhe einzig auf medizinisch-theoretisch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Auswirkungen der nachweisbaren somatischen Pathologie auf die Arbeitsfähigkeit und legte ein ausführliches Leistungsprofil fest (vgl. IV-act. 67-127 f.). Die Beschwerdeführerin macht zwar geltend, Dr. F.____ habe ausgeführt, ihre Beschwerden könnten schlüssig auf somatische Diagnosen zurückgeführt werden und diese habe keine Aggravation feststellen können. Dr. F.____ nahm zu dieser Thematik jedoch nicht ausführlich Stellung, sondern beantwortete die Frage, ob sich während der Untersuchung Hinweise auf Inkonsistenzen, Verdeutlichung oder Aggravation ergeben hätten, mit einem schlichten "Nein" (IV-act. 82-14). Sie setzte sich namentlich nicht mit den Bedenken Dr. H.____s auseinander, welche das Schmerzerleben der Beschwerdeführerin nicht vollumfänglich auf die Befunde zurückführen und eine Operation deshalb nicht vorbehaltlos empfehlen konnte. Ebenso wenig äusserte Dr. F.____ sich zu den Erkenntnissen der Kreisärztin. Diese hielt unter anderem fest, die Beschwerdeführerin habe sich während der Untersuchung psychisch auffällig verhalten. Insgesamt habe dem Ausmass der subjektiven Einschränkungen etwas die Authentizität gefehlt. Die erhobenen Umfangmasse hätten keine Atrophie im Bereich des rechten Arms gezeigt, welche eigentlich vorliegen müsste, wenn der rechte Arm tatsächlich so geschont werde, wie die Beschwerdeführerin dies während der Untersuchung vorgezeigt habe. Des Weiteren seien die erhobenen Befunde bezüglich Kraftmessung mittels Handdynamometer und Pinchkraftmessung nicht nachvollziehbar, denn die Rotatorenmanschette habe nichts mit der Hand- bzw. Pinchkraft zu tun. Die Beschwerdeführerin habe keine Leistung erbracht, sodass die Frage nach der Motivation/Mitarbeit gestellt werden müsse (Suva-act. 94-6). Dr. F.____ stellte in ihrer Untersuchung wie die Kreisärztin und Dr. G.____ fest, es liege keine pathologische Umfangsdifferenz an den Extremitäten vor (IV-act. 82-10; vgl. auch IV-act. 82-16 mit IV-act. 67-106), ohne jedoch zu erklären, weshalb bei der Beschwerdeführerin trotz angeblich weitgehender Schonung keine Atrophie im Bereich des rechten Arms eingetreten ist. Dr. J.____ hielt in seinem psychiatrischen Gutachten zuhanden des Krankentaggeldversicherers unter anderem fest, der Wert des Validierungstests liege weit oberhalb des Cut-Off, einer nicht-authentischen Beschwerdepräsentation entsprechend. Der Laborbefund zeige für die der Beschwerdeführerin verordnete Medikation Werte weit unterhalb der therapeutischen Konzentration, teilweise sogar unterhalb der Nachweisbarkeitsgrenze. Auffallend sei das inkonstante Nutzen der rechten oberen Extremität. Über die Alltagsbewältigung habe die Beschwerdeführerin trotz konsequenten Nachfragens keine reliablen Angaben gemacht. Sie habe geäussert, sich bewegen und dabei die Arme mitschwingen lassen, lindere die Schmerzen, und habe das auch demonstriert. Sie fahre mit dem Auto zum Einkaufen. Die klinische Feststellung der fehlenden Authentizität der Beschwerdepräsentation sei mit dem Ergebnis des Validierungstests konform. Die Beschwerdeführerin identifiziere sich stark mit der Krankenrolle. Überwiegend wahrscheinlich handle es sich bei dem von ihr präsentierten grob nicht authentischen Bild um ein instrumentelles Verhalten nach negativem Entscheid des Unfallversicherers (Suva-act. 180-4 und 180-12 ff.). Eine interdisziplinäre Konsensbeurteilung von Dr. F.____

und Dr. J.____ wäre deshalb für den Beweiswert von Dr. F.____s Gutachten von Bedeutung gewesen, weil in deren Rahmen die von Dr. J.____ festgestellten Inkonsistenzen auch im Gutachten Dr. F.____s bei der Frage nach der Authentizität der Beschwerdepräsentation hätten berücksichtigt werden müssen. Auffällig ist sodann, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung von Dr. J.____ zuerst klagte, sie könne unmöglich zum Labor gehen, danach behauptete, sie habe die Wegbeschreibung zum Labor verlegt, schliesslich aber doch zur Laboruntersuchung ging (vgl. Suva-act. 180-10 f.), wohingegen sie gegenüber Prof. E.____ eine Blutentnahme mit der Begründung verweigerte, sie habe Angst vor Kanülen (vgl. IV-act. 67-92), und gegenüber Dr. G.____ angab, sie nehme die Schmerzmedikation nicht regelmässig, nur bei Bedarf (vgl. IV-act. 67-90 und 67-123). Daher und aufgrund der im Rahmen der Begutachtung bei Dr. J.____ erstellten Laborwerte ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin die Medikation nicht wie verordnet einnimmt bzw. eingenommen hat. Nachdem nicht nur Dr. J.____, sondern auch die Kreisärztin, Prof. E.____ und Dr. G.____ bei der Beschwerdeführerin ein auffälliges Verhalten (nicht authentisch wirkend/theatralisch/verdeutlichend/aggravierend) festgestellt haben und Dr. F.____ sich zu den ihr bekannten Vorakten diesbezüglich nicht äusserte, kann auf ihre nicht weiter begründete Einschätzung, wonach sie keine Auffälligkeiten festgestellt habe, nicht abgestellt werden. Während Dr. F.____ keine Rücksicht auf die Erkenntnisse der – ihr offenbar nicht bekannten – psychiatrischen Gutachten von Dr. J.____ und Prof. E.____ nahm und sich auch nicht mit den Bedenken von Dr. H.____, wonach die von der Beschwerdeführerin demonstrierten Schmerzen nicht allein auf die Cuff Arthropathie zurückgeführt werden könnten, auseinandersetzte, fand zwischen Dr. G.____ und Prof. E.____ eine 90-minütige Konsensbesprechung statt, sodass Dr. G.____ mit der Beurteilung von Prof. E.____ vertraut war. Zudem äusserte Dr. G.____ sich ausführlich zur Einschätzung der Kreisärztin und von Dr. H.____. Er hielt namentlich fest, die Beurteilung von Dr. H.____ sei ein Widerspruch in sich. Einerseits gebe Dr. H.____ offen an, dass sie Zweifel an der Schmerzbewältigung habe, da die Schmerzen mit einer Cuff Arthropathie alleine schwer zu erklären seien, sprich, dass die Schmerzen auf orthopädischem Fachgebiet nur bedingt zu erklären seien. Andererseits sage sie, dass eine massive schmerzhaft Situation bei strukturell beginnender Cuff Arthropathie mit deutlicher Funktionseinschränkung vorliege und die Beschwerdeführerin für jegliche körperliche Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Nach eingehendem Studium der Aktenlage, der vorliegenden radiologischen Bildgebung sowie insbesondere aufgrund seiner heutigen klinischen Untersuchung könne er – Dr. G.____ – diese versicherungsmedizinische Einschätzung von Dr. H.____ nicht teilen (IV-act. 67-135). Nach dem Gesagten ergeben sich aus der Begutachtung von Dr. F.____ keine konkreten Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit des IME-Gutachtens sprechen würden. Folglich ist darauf abzustellen und die Beschwerdeführerin ist demnach als zu 100 % arbeitsfähig in einer adaptierten Tätigkeit anzusehen. Der Sachverhalt erweist sich folglich als rechtsgenügend abgeklärt, weshalb entgegen des Eventualantrags der Beschwerdeführerin von weiteren Abklärungen, insbesondere einem Obergutachten, abgesehen werden kann. Selbst wenn die gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin, namentlich die Notwendigkeit einer schulteradaptierten Tätigkeit und die Vermutung, dass auch eine adaptierte Tätigkeit von einem gewissen Grad an Schmerzen begleitet sein dürfte, mit einem Tabellenlohnabzug auf Seiten des Invalideneinkommens berücksichtigt würde, ergäbe sich beim Einkommensvergleich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad (siehe zur Berechnung des Invaliditätsgrades IV-act. 72). Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 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 vorliegenden Angelegenheit angemessen. Da die Beschwerdeführerin vollumfänglich unterliegt, ist die Gerichtsgebühr ihr aufzuerlegen (Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr daran angerechnet. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin bezahlt die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.-- unter Anrechnung des Kostenvorschusses von Fr. 600.--.

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