

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/19 vom 8. Juni 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-06-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2020_19

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/19 du 8 juin 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/19 del 8 giugno 2021

Regeste

Art. 18 UVG. 19 Abs. 1 UVG. Frage des Zeitpunkts des Fallabschlusses. Damals lagen noch gewisse unfallkausale somatische Beschwerden vor, die Beschwerdeführerin war aber gemäss der beweiskräftigen kreisärztlichen Beurteilung in einer angestammten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich. Kein Anspruch auf eine Rente. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Juni 2021, UV 2020/19).

Volltext

Entscheid vom 8. Juni 2021 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Meili Geschäftsnr. UV 2020/19 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin M.A. HSG Marion Enderli, M.A. HSG, Advokatur 107, Rorschacher Strasse 107, 9000 St. Gallen, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ war bei der B.____ GmbH als Nachstickerin tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 6. September 2016 beim Hinuntergehen einer Treppe stürzte, sich dabei mit der rechten Hand am Geländer festhielt und an der rechten Schulter verletzte (Suva-act. 1). Der am 27. September 2016 erstbehandelnde Dr. med. C.____ erhob einen deutlich pathologischen Jobe-Test rechts und verwies die Versicherte nach Durchführung einer Sonographie, welche einen Hinweis auf eine Ruptur der Supraspinatussehne rechts ergeben hatte, zu weiteren Abklärungen an die Orthopädie D.____ (vgl. Suva-act. 7). Der dort zuständige Dr. med. E.____ liess am 16. November 2016 ein MRI der Schulter rechts durchführen (vgl. Suva-act. 9) und hielt gleichentags als Diagnose eine Supraspinatussehnen-Läsion Schulter rechts nach Treppensturz im September 2016 fest. Er empfahl einen operativen Eingriff und befand, es bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 8). Suva-Kreisarzt Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, bestätigte am 11. Januar 2017 die Unfallkausalität der Rotatorenmanschettenläsion und die Indikation für die empfohlene Operation (Suva-act. 10). Mit Schreiben vom 25. Januar 2017 teilte die Suva der Versicherten mit, sie übernehme für die Folgen des Unfalls vom 6. September 2016 die Versicherungsleistungen und erbringe ab dem 25. Januar 2017 ein Taggeld (Suva-act. 14, vgl. auch Schreiben vom 27. Februar 2017; Suva-act. 19). Am 26. Januar 2017 unterzog sich die Versicherte in der Klinik G.____ einer Schulterarthroskopie rechts mit partieller Synovectomie, einer Tenotomie der langen Bicepssehne, einer subacromialen Dekompression mit Bursectomie

und Acromioplastik sowie einer Rekonstruktion der Supraspinatussehne (Suva-act. 17). Dr. C. ___ und Dr. E. ___ attestierten der Versicherten ab dem 23./25. Januar 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 16-2 f., 21, 23, 29). Am 8. März 2017 diagnostizierte Dr. E. ___ eine adhäsive Kapsulitis Schulter rechts. Er empfahl eine subacromiale Infiltration und attestierte der Versicherten weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Am 24. März 2017 berichtete er zwar über eine leichte Besserung der Beschwerden nach Optimierung der Analgesie, es bestehe aber immer noch eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 30). Aufgrund der adhäsiven Kapsulitis und einer Reruptur der Supraspinatussehne Schulter rechts unterzog sich die Versicherte am 11. Mai 2017 in der Klinik G. ___ einer Mobilisation in Narkose sowie einer Schulterarthroskopie rechts mit Rekonstruktion der Supraspinatussehne und subacromialer Dekompression (Suva-act. 44-3 f.). Dr. E. ___ attestierte der Versicherten weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 49, 55, 62, 65). Eine am 23. Oktober 2017 in der Radiologie H. ___ durchgeführte MR-Untersuchung der Schulter rechts erbrachte unter anderem den Nachweis einer erneuten höhergradigen gelenkseitigen und interstitiellen Partialläsion der ansatznahen Supraspinatussehne, eines geringen Reizzustandes im Bereich der ehemaligen bursalen Verschiebungsschicht subdeltoidal und subacromial sowie fortbestehender Zeichen einer adhäsiven Kapsulitis (Suva-act. 68). Dr. E. ___ empfahl der Versicherten am 17. November 2017 neben weiterer Analgesie eine Wassertherapie, welche diese in der Folge besuchte (Suva-act. 70 f.). Kreisarzt Dr. F. ___ beurteilte im Januar 2018, die Beschwerdesymptomatik schein e eher der adhäsiven Kapsulitis mit starker Entzündungskomponente als der Veränderung der Rotatorenmanschette geschuldet zu sein. Er empfehle die weiterführende Physiotherapie bei intraartikulärer und subacromialer Schmerzausschaltung durch Injektion. Gegebenenfalls sei eine Zweitmeinung durch einen anderen Schulter spezialisten angezeigt (Suva-act. 73). Dr. E. ___ hielt am 17. Januar 2018 fest, die Versicherte berichte weiterhin über persistierende Schmerzen. Die Beweglichkeit der Schulter sei eingeschränkt. Er empfehle die Weiterführung der konservativen Behandlung mit Physiotherapie. Die Versicherte sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (Suva-act. 79). Eine am 26. April 2018 in der Radiologie H. ___ durchgeführte MR-Untersuchung zeigte unter anderem eine mässige Rezidiv-/Rest-Insertionstendinopathie der Supraspinatussehne mit humeralseitiger und kurzstreckig longitudinal interstitiell verlaufender Aufsplitterung/Partialläsion, eine Insertionstendopathie der Subscapularissehne, multifokale postoperative narbige Veränderungen sowie eine vorbestehende moderate Chondropathie des Humeruskopfs kaudo-medial betont (Suva-act. 85). Im Auftrag der Suva untersuchten Dr. med. I. ___, Oberärztin, Orthopädie Obere Extremitäten, und Dr. med. J. ___, Leitender Arzt Orthopädie, beide Klinik K. ___, die Versicherte am 10. Juli 2018 im Sinne einer Zweitmeinung. Sie hielten gleichentags als Diagnosen starke Schulterschmerzen und eine Funktionseinschränkung der rechten Schulter fest. Sie beurteilten, im aktuellsten MRI und auch im Ultraschall seien die Rotatorenmanschetten intakt und entsprächen der normalen postoperativen Situation. Auch die Trochik sei im Vergleich zum ersten MRI keinesfalls schlechter geworden. Insofern hätten sie keine Erklärung für die fehlende Funktion der Schulter der Versicherten. In Anbetracht der vorliegenden Befunde stünden die Schmerzen in keinem Verhältnis dazu. Sie rieten stark von weiteren operativen Massnahmen ab und empfahlen eine stationäre Rehabilitation mit multimodalem Therapieansatz und Schmerztherapie (Suva-act. 102, vgl. Suva-act. 90). Kreisarzt Dr. med. L. ___, Facharzt

Chirurgie, speziell Unfallchirurgie, befand am 27. Juli 2018, aus medizinischer Sicht sei davon auszugehen, dass keine wesentliche reale Funktionsstörung oder Gebrauchseinschränkung vorliege. Deshalb sei realistischerweise von einer Rehabilitation wie auch von weiteren operativen und konservativen Behandlungsmassnahmen keine Besserung des "demonstrierten" Befundes zu erwarten. Vielmehr sei von einem stabilen somatischen medizinischen Zustand auszugehen (Suva-act. 105). Dr. C.____ hielt am 4. Oktober 2018 als Diagnose eine persistierende Frozen Shoulder rechts bei Status nach mehrfacher Schulteroperation und eine unklare, wahrscheinlich entzündlich bedingte Schmerzhaftigkeit fest. Er befand, die Versicherte sollte konsequent mobilisiert werden. Da ambulante Massnahmen nicht den gewünschten Erfolg gebracht hätten, schlage er eine stationäre Rehabilitation vor. Eine Arbeitsunfähigkeit (gemeint wohl: Arbeitsfähigkeit; vgl. auch Suva-act. 144) sei derzeit nicht gegeben (Suva-act. 132-2). Am 11. Oktober 2018 wurde die Versicherte durch Kreisarzt Dr. F.____ untersucht. Dieser hielt am 15. Oktober 2018 fest, derzeit bestünden eine mittelgradig schmerzhaftige Funktionsbeeinträchtigung des rechten Schultergelenks mit Bewegungslimitierung der Abduktion und Elevation knapp unter der Horizontalen, Einschränkungen der Rotationsbewegung und Kraftverlust im rechten Schultergelenk, ein reaktives myogenes Verspannungssyndrom des Schultergürtels und eine bildgebend nachgewiesene partielle lipomatöse Atrophie des rechten Supraspinatusmuskels. Der Endzustand sei erreicht und der Versicherten eine adaptierte Tätigkeit vollschichtig zumutbar (Suva-act. 116). Den Integritätsschaden schätzte Dr. F.____ auf 15 % (Suva-act. 117). Mit Schreiben vom 7. November 2018 teilte die Suva der Versicherten mit, sie schliesse den Schadenfall ab und stelle die Taggeldzahlungen per 31. Oktober 2018 ein. Sie übernehme für die Dauer von zwei Jahren je drei Behandlungsserien à neun Behandlungseinheiten Physiotherapie und die Kosten für Schmerzmedikamente (Suva-act. 125). Mit Verfügung vom 14. November 2018 verneinte die Suva einen Rentenanspruch und sprach der Versicherten eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 15 % zu (Suva-act. 128). Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin M.A. HSG M. Enderli, St. Gallen, am 17. Dezember 2018 Einsprache (Suva-act. 142, vgl. auch Eingabe vom 5. Dezember 2018; Suva-act. 137). Dr. med. M.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Orthopädie D.____, befand am 19. Dezember 2018, er könne sich mit der Beurteilung von Dr. F.____ nicht einverstanden erklären. Die Versicherte sei nicht arbeitsfähig und es könnte ihr mit einer stationären Rehabilitation sowie einem multimodalen Therapie-Konzept weitergeholfen werden. Er empfehle die Weiterführung der Wassertherapie, bis die rechtliche Situation geklärt sei (Suva-act. 150). Mit Entscheid vom 5. Februar 2020 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 172). Gegen den Einspracheentscheid vom 5. Februar 2020 erhob Rechtsanwältin Enderli für die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 9. März 2020 Beschwerde mit folgenden Anträgen: 1. Der Einspracheentscheid der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 5. Februar 2020 und die zugrundeliegende Verfügung vom 14. November 2018 seien aufzuheben. 2. Der Beschwerdeführerin seien die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. 3. Die Beschwerdeführerin sei zu einer stationären Rehabilitation mit multimodalem Therapieansatz und Schmerztherapie aufzubieten. 4. Eventualiter sei zur Beurteilung der Zumutbarkeit allfälliger Ersatztätigkeiten eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) anzuordnen. 5. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung/Begutachtung und Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 6. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G1). Gleichentags liess die Beschwerdeführerin ein

Gesuch um unentgeltliche Prozessführung einreichen (act. G1.2). Nach entsprechender Aufforderung der Verfahrensleitung (vgl. act. G2) machte Rechtsanwältin Enderli am 30. März 2020 weitere Angaben zum Vermögen der Beschwerdeführerin und reichte zusätzliche Belege ein (act. G4, G4.1.1 f.). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 9. April 2020 die Abweisung der Beschwerde (act. G5). Am 15. April 2020 entsprach die Verfahrensleitung dem Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtsverbeiständung (act. G6). Die Beschwerdeführerin liess am 18. Mai 2020 mitteilen, sie verzichte auf die Einreichung einer Replik und halte an ihren Ausführungen in der Beschwerde fest (act. G8). Erwägungen Dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. Februar 2020 (Suva-act. 172) liegt die Verfügung vom 14. November 2018 zugrunde (Suva-act. 128). In dieser entschied die Beschwerdegegnerin über die Ansprüche auf eine Rente und eine Integritätsentschädigung. Die Einstellung der vorübergehenden Leistungen wurde nicht thematisiert. Die Beschwerdegegnerin verwies jedoch einleitend auf ihr Schreiben vom 7. November 2018 (Suva-act. 128). Mit diesem hatte sie die Leistungen formlos per 31. Oktober 2018 eingestellt (Suva-act. 125). In ihrer Einsprache liess die Beschwerdeführerin Ausführungen zur Leistungseinstellung machen und insbesondere eine stationäre Rehabilitation beantragen (Suva-act. 142). Die Beschwerdegegnerin äusserte sich in ihrem Einspracheentscheid dazu (Suva-act. 172). Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist mithin der Anspruch auf vorübergehende Leistungen über den 31. Oktober 2018 hinaus, insbesondere die Übernahme der Kosten einer stationären Rehabilitation, sowie der Anspruch auf eine Rente. Nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die bereits im Einspracheverfahren unangefochten gebliebene Integritätsentschädigung. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) sind einzustellen und der Anspruch auf eine Invalidenrente zu prüfen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG). Das Erreichen des medizinischen Endzustands bildet demgemäss in Nachachtung des Eingliederungsgrundsatzes die Voraussetzung für die Prüfung der Rentenfrage. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181, E. 3; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist

entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, kann rechtsprechungsgemäss ebenfalls Beweiswert beigemessen werden (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.7; RKUV 1997 Nr. U 281, S. 281 f., E. 1a). Die Beschwerdegegnerin stellte die vorübergehenden Leistungen per 31. Oktober 2018 ein (Suva-act. 125, vgl. Suva-act. 128, 172). Sie stützte sich dabei auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. F.____ vom 15. Oktober 2018 (Suva-act. 115). Die Beschwerdeführerin spricht dieser Beurteilung die Beweiskraft ab und hält eine stationäre Rehabilitation mit multimodalem Therapieansatz und Schmerztherapie sowie eventualiter weitere Abklärungen für notwendig (act. G1). Die Beschwerdeführerin hatte im Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehenden Leistungen per 31. Oktober 2018 unbestrittenermassen noch gewisse unfallkausale Beschwerden an der rechten Schulter. Diese stellen jedoch den Fallabschluss nicht per se in Frage. Für den Anspruch auf weitere vorübergehende Leistungen wird rechtsprechungsgemäss vorausgesetzt, dass noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Das Kriterium beurteilt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Es bedarf dabei einer ins Gewicht fallenden Besserung durch die ärztliche Behandlung. Eine allfällige blosser Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blosser Verbesserung der Befindlichkeit oder dass die versicherte Person etwa von Physiotherapie profitieren kann, genügen nicht. Für den Abschluss der medizinischen Behandlung ist ein Dahinfallen jeglichen Bedarfs an Heilbehandlung somit nicht vorausgesetzt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. September 2016, 8C_306/2016, E. 5.3, mit weiteren Hinweisen; Philipp Geertsen, N 7 ff. zu Art. 19, in Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018). Dr. F.____ untersuchte die Beschwerdeführerin am 11. Oktober 2018 und befand am 15. Oktober 2018, diese habe auch nach der zweiten Operation (vom 11. Mai 2017; Suva-act. 44-3 f.) über anhaltende Bewegungs-, Belastungs- und auch Ruheschmerzen des rechten Schultergelenks geklagt. Bildgebend habe sich bei der kernspintomographischen Abklärung des rechten Schultergelenks im April 2018 eine erneute Teilschädigung der Supraspinatussehne mit konsekutiver lipomatöser Teilatrophie des Supraspinatusmuskels Goutallier II bei knapp negativem Zanetti-Zeichen gezeigt. Die Bildgebung bestätige die teilweise eingeschränkte Funktionsfähigkeit des rechten Schultergelenkes aufgrund einer Insuffizienz der rekonstruierten Supraspinatussehne. Auf der anderen Seite sprächen die objektiven Untersuchungsbefunde ohne nachweisbare Atrophiezeichen der periartikulären Schultermuskulatur rechts, die eher dominanten Muskelumfänge des rechten Oberarmes und die kräftige Handbinnenmuskulatur gegen ein relevantes Schonverhalten des rechten Armes unterhalb der Horizontalebene. Die klinischen Befunde stünden im Widerspruch zur

von der Beschwerdeführerin demonstrierten Schmerzintensität sowie zur Funktionsbeeinträchtigung und sprächen gegen das (gemeint wohl: gezeigte) Ausmass der Bewegungslimitierung des rechten Armes in der seitlichen und ventralen Elevation zum Teil ab 50 Grad. Unter Berücksichtigung der passiven Bewegungsausmasse sei überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin ein Anheben des Armes ohne Gewichtsbelastung bis zur Horizontalen ohne weiteres möglich sei. Unter Berücksichtigung des Verlaufs der konservativen Therapie und der Meinung der behandelnden Orthopäden, wonach von einer weiteren operativen Versorgung keine namhafte Verbesserung der Funktionsfähigkeit des rechten Schultergelenkes mehr zu erwarten sei, empfehle er den Abschluss des Schadenfalles. Der Endzustand sei erreicht (Suva-act. 116). Diese Beurteilung ist insofern nachvollziehbar, als Dr. F.____ in der ausführlichen klinischen Untersuchung keine Einschränkungen der Schulter rechts finden konnte, welche die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit beeinträchtigen würden. Vor dem Hintergrund der dargelegten Befundsituation besteht kein erkennbarer Raum für weitere, den Gesundheitszustand namhaft verbessernde Heilbehandlungen (vgl. dazu auch die nachfolgende Erwägung 3). Zudem steht sie - wie nachfolgend ausgeführt wird - im Einklang mit weiteren ärztlichen Einschätzungen. Dr. I.____ und Dr. J.____ untersuchten die Beschwerdeführerin am 10. Juli 2018 im Auftrag der Beschwerdegegnerin. Sie beurteilten gleichentags, die Beschwerdeführerin leide an massivsten Schulterschmerzen und einer sehr schlechten Funktion (der Schulter). Im aktuellsten MRI vom 26. April 2018 und auch in der sonographischen Untersuchung vom 10. Juli 2018 sei die Rotatorenmanschette intakt und entspreche der normalen postoperativen Situation. Auch die Trochik sei im Vergleich zum ersten MRI keinesfalls schlechter geworden. Insofern hätten sie keine Erklärung für die fehlende Funktion der Schulter der Beschwerdeführerin. Das Labor zeige unauffällige Werte, im Ultraschall bestehe weder ein Gelenkerguss noch eine Bursitis. Die geltend gemachten Schmerzen stünden in keinem Verhältnis zu den vorliegenden Befunden. Sie würden stark von weiteren operativen Massnahmen abraten und eine stationäre Rehabilitation mit multimodalem Therapieansatz und Schmerztherapie empfehlen (Suva-act. 102). Sie waren damit in Übereinstimmung mit Dr. F.____ der Ansicht, dass eine Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und den geltend gemachten Beschwerden bestand und dass weitere operative Massnahmen keine Verbesserung der Beschwerden mehr bewirken könnten. Sie empfahlen zwar eine stationäre Rehabilitation, führten jedoch nicht aus, inwiefern diese zu einer Beschwerdeverbesserung beitragen und insbesondere die Arbeitsfähigkeit erhöhen könnte. Die Einschätzung von Dr. I.____ und Dr. J.____ ist damit nicht geeignet, die Beurteilung von Dr. F.____ und insbesondere den Zeitpunkt des Fallabschlusses per 31. Oktober 2018 in Frage zu stellen. In Kenntnis des Berichts von Dr. I.____ und Dr. J.____ befand Kreisarzt Dr. L.____ am 27. Juli 2018, es bestehe eine sehr grosse Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen und bildgebenden Befunden. Insbesondere fänden sich keinerlei Zeichen einer Schonung oder Gebrauchsminderung der rechten oberen Extremität (z.B. Muskelminderung bis hin zur Atrophie der Rotatorenmanschettenmuskulatur), wie dies im Langzeitverlauf bei begründeten Beschwerden und Schmerzen unweigerlich eintreten müsste. Solche Zeichen seien ebenso wenig vorhanden wie andere klinische Symptome oder Befunde, die überhaupt eine schmerz- oder beschwerdebedingte Gebrauchsminderung der Schulter belegen würden. Aus medizinischer Sicht sei davon auszugehen, dass keine wesentliche reale Funktionsstörung oder Gebrauchseinschränkung vorliege, weil dies über den langen Heilungsverlauf unweigerlich zu einer Muskelminderung/-atrophie der Rotatorenmanschettenmuskulatur

hätte führen müssen, dies aber nachweislich nicht der Fall sei. Folgerichtig sei realistischerweise von einer Rehabilitation wie auch von weiteren operativen und auch ambulanten Behandlungsmassnahmen keine Besserung des "demonstrierten" Befundes zu erwarten, weil die erhebliche Diskrepanz zwischen den gesamten objektiven Befunden und den beklagten subjektiven Beschwerden in keiner Weise erklärbar oder nachvollziehbar sei. Vielmehr sei aus medizinischer Sicht nach rein objektiven, somatischen klinischen und bildgebenden Befunden nun weit mehr als ein Jahr nach der letzten Operation von einem stabilen somatischen medizinischen Zustand auszugehen, der durch weitere Behandlungsmassnahmen jeglicher Art keine Besserung erfahre (Suva-act. 105). Dr. L. ___ ging damit in Übereinstimmung mit Dr. F. ___ davon aus, dass der Endzustand erreicht sei und insbesondere von einer Rehabilitation keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden könne. Dr. C. ___ hatte die Klinik Valens mit Schreiben vom 16. Mai 2018 um eine konsiliarische Untersuchung der Beschwerdeführerin gebeten, welche in der Folge jedoch nicht stattfand. Er hatte ausgeführt, die Rehabilitation der Beschwerdeführerin sei "von Beginn weg" (seit der zweiten Operation) äusserst schwierig gewesen, insbesondere die Mobilisierung des Gelenks habe enorme Schwierigkeiten gemacht. In der aktuellen MRT-Aufnahme würden vor allem narbige Veränderungen und synovale Veränderungen im Gelenk beschrieben, sowie auch nach wie vor kleinere Defekte der rekonstruierten Supraspinatussehne. Sonographisch lasse sich allerdings eine normale Kontur der Supraspinatussehne dokumentieren, diesbezüglich scheine die Rekonstruktion der Rotatorenmanschette wirklich gelungen zu sein. Seine Frage an den zuständigen Arzt der Klinik Valens sei, ob allenfalls mit intraartikulären Steroidinfiltrationen und gleichzeitig forcierter physiotherapeutischer Mobilisation glenohumeral das Problem gelöst werden könnte. Angesichts der langen Dauer des Ganzen und der Problematik müsste allenfalls sogar eine stationäre oder teilstationäre Rehabilitation ins Auge gefasst werden (Suva-act. 85). In seinem Bericht vom 4. Oktober 2018 hielt Dr. C. ___ als Diagnosen eine persistierende Frozen shoulder rechts bei Status nach mehrfacher Schulteroperation und eine unklare, wahrscheinlich entzündlich bedingte Schmerzhaftigkeit fest. Die Beschwerdeführerin sollte zwingend konsequent mobilisiert werden, ambulante Massnahmen hätten bis dato nicht den gewünschten Erfolg gebracht. Er schlage eine stationäre Rehabilitation vor. Eine Arbeitsunfähigkeit (gemeint wohl: Arbeitsfähigkeit) sei derzeit nicht gegeben (Suva-act. 132-2). Dr. C. ___ äusserte sich im Gegensatz zu Dr. I. ___, Dr. J. ___ und den Kreisärzten nicht zu den von diesen festgestellten Diskrepanzen zwischen den subjektiv geltend gemachten Beschwerden und den objektiven Befunden und setzte sich - soweit sie ihm überhaupt bekannt waren - nicht mit den abweichenden ärztlichen Beurteilungen auseinander. Zudem begründete er nicht, inwiefern die gemäss ihm notwendige Mobilisation durch eine stationäre Rehabilitation erreicht werden könnte, nachdem ambulante Massnahmen gescheitert sind. Dr. M. ___ führte am 19. Dezember 2018 aus, er habe die Beschwerdeführerin letztmals am 6. Juni 2018 in der Sprechstunde gesehen und eine Konsultation in einer Schmerztherapie vorgeschlagen. Die Beschwerdegegnerin sei jedoch weder darauf, noch auf die Empfehlung der Klinik K. ___ (Dr. I. ___ und Dr. J. ___) einer stationären Rehabilitation eingegangen. Er sei der Ansicht, dass der Beschwerdeführerin mit einer stationären Rehabilitation sowie einem multimodalen Therapiekonzept weitergeholfen werden könnte (Suva-act. 150). Er führte jedoch nicht aus, inwiefern eine weitere Behandlung die Beschwerden in relevanter Weise verbessern und insbesondere die Arbeitsfähigkeit steigern könnte. Insgesamt ist davon auszugehen, dass spätestens per 31. Oktober 2018 durch weitere medizinische Massnahmen

keine massgebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr möglich war. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass - wie nachfolgend ausgeführt wird (Erwägung 3) - in diesem Zeitpunkt eine volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit vorlag. Die IV-Stelle wies das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin um berufliche Massnahmen am 6. November 2018 ab (Suva-act. 121-2 f.). Die Leistungseinstellung per 31. Oktober 2018 ist damit nicht zu beanstanden. Über diesen Zeitpunkt hinaus war die Beschwerdeführerin (nebst der anerkannten beschränkten Übernahme der Kosten für Physiotherapie und Schmerzmittel; vgl. Suva-act. 125) nicht dazu verpflichtet, Kosten für weitere medizinische Massnahmen, insbesondere eine stationäre Rehabilitation, zu übernehmen. Unter Berücksichtigung der unfallkausalen Beschwerden (mittelgradig schmerzhafte Funktionsbeeinträchtigung des rechten Schultergelenks mit Bewegungslimitierung der Abduktion und Elevation knapp unter der Horizontalen, Einschränkungen der Rotationsbewegung und Kraftverlust rechtes Schultergelenk, reaktives myogenes Verspannungssyndrom des Schultergürtels, partielle lipomatöse Atrophie des rechten Supraspinatusmuskels; vgl. Suva-act. 116-5) ist nachfolgend die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu prüfen. Dr. F.____ beurteilte, der Beschwerdeführerin seien Tätigkeiten, die mit körperferner Gewichtsbelastung auf Brusthöhe oder Überkopf ausgeübt werden müssten, nicht mehr zumutbar. Das Heben von Lasten über fünf Kilogramm über Hüfthöhe und das Heben von Lasten über zehn Kilogramm auf Hüfthöhe seien ihr ebenso wenig zuzumuten wie Arbeiten mit Stoss- oder Vibrationsbelastungen, Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten oder in absturzgefährdeten Bereichen sowie Tätigkeiten mit repetitivem Gebrauch von Werkzeugen oder an schnell rotierenden oder automatisierten Maschinen (negatives Belastungsprofil). Die Beschwerdeführerin könne hingegen in einer leichten, leidensadaptierten und das rechte Schultergelenk in der beschriebenen Weise entlastenden Tätigkeit vollschichtig eingesetzt werden (Suva-act. 116). Diese Adaptionskriterien und die Arbeitsfähigkeit von 100 % sind unter Berücksichtigung der eingeschränkten Belastungs- und Haltfähigkeit sowie den Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter nachvollziehbar. Dr. C.____ attestierte der Beschwerdeführerin seit der ersten Operation vom 25. Januar 2017 durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vgl. Suva-act. 16-2, 132-2). Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich diese Einschätzung auf die angestammte Tätigkeit bei der B.____ GmbH als Nachstickerin bezog. So hielt Dr. C.____ am 9. November 2018 in einem an den Ehemann der Beschwerdeführerin gerichteten Schreiben fest, er bestätige, dass die Beschwerdeführerin in Folge des Unfalls und von Operationskomplikationen nach wie vor arbeitsunfähig sei. In der ehemaligen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin nicht mehr einsetzbar (Suva-act. 144). Er äusserte sich jedoch nicht konkret zur Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit und legte keine Adaptionskriterien fest. Es ist im Übrigen nicht plausibel, dass die Beschwerdeführerin mit ihren Einschränkungen an der rechten Schulter in jeglicher Tätigkeit voll arbeitsunfähig sein sollte. Dies würde selbst dann gelten, wenn sie - entgegen der Aktenlage - ihre rechte obere Extremität gar nicht mehr einsetzen könnte (vgl. zur funktionellen Einarmigkeit die Urteile des Bundesgerichts vom 9. März 2015, 9C_842/2014, E. 3.2, vom 10. April 2019, 8C_811/2018, E. 4.4.2, und vom 28. Mai 2019, 9C_124/2019). Auch Dr. E.____ attestierte der Beschwerdeführerin seit dem 25. Januar 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, äusserte sich jedoch nie zu einer Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit (vgl. Suva-act. 76, 79). Dr. M.____ hielt am 19. Dezember 2018 fest, er könne sich mit der Begutachtung von Dr. F.____ nicht einverstanden erklären. Dieser habe beispielsweise über einen muskelstärkeren Oberarmumfang rechts als links berichtet,

ohne die Situation genau zu analysieren. Tatsächlich finde sich nämlich ein massiver Lymphstau mit pastöser Schwellung des ganzen Arms, dies im Sinne einer beginnenden Algoneurodystrophie. Die Beschwerdeführerin führe den rechten Arm immer in einer schmerzarmen Funktionsstellung. Der Nacken- und Schürzengriff seien nur mit Ausweichbewegungen knapp möglich. Die Abduktion glenohumeral betrage 70 Grad, die Flexion knapp 85 Grad, die Aussenrotation 15 Grad, die Innenrotation bis zum hinteren Beckenkamm. Die Beschwerdeführerin habe Mühe, bei der Untersuchung ihren rechten Arm locker zu lassen. Die Palpation des rechten Oberarms zeige einen massiven Lymphstau mit pastös geschwollenen Weichteilen. Der lange Bizepsbauch sei leicht distalisiert. Die Beschwerdeführerin habe die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit vollschichtig arbeitsfähig geschrieben, was sicher nicht der Fall sei. Er sei der Ansicht, dass die Beschwerdeführerin, welche rechtsdominant sei, derzeit nicht arbeitsfähig sei (Suva-act. 150). Dr. F. ___ stellte gleich wie Dr. M. ___ eine leichte Distalisierung der rechten Bicepsmuskulatur fest und führte aus, im Verlauf der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin ihren Arm nahezu krampfhaft in 90 Grad Beugung vom Ellbogengelenk gehalten. Gelegentlich sei aber ein freies Schwingen des gestreckten Arms am Oberkörper möglich gewesen. Wie Dr. M. ___ ausführte, hatte Dr. F. ___ ein Muskelplus des rechten dominanten Oberarmes von 2.5 cm im Vergleich zur Gegenseite festgestellt (vgl. Suva-act. 116). Obwohl er im Gegensatz zu Dr. M. ___ keinen Lymphstau feststellte, ist davon auszugehen, dass Dr. F. ___ die Einschränkungen der Schulter rechts genügend berücksichtigte. Neben den Muskelumfängen sprach auch die kräftige Handbinnenmuskulatur rechts gegen ein relevantes Schonverhalten der rechten oberen Extremität. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass Dr. M. ___ offenbar die Diskrepanzen zwischen den geltend gemachten Beschwerden und den objektiven Befunden im Gegensatz zu Dr. F. ___ sowie Dr. I. ___ und Dr. J. ___ (vgl. dazu die voranstehenden Erwägungen 2.2 ff.) nicht berücksichtigte. Er äusserte sich diesbezüglich nicht zu den abweichenden ärztlichen Beurteilungen (vgl. Suva-act. 150). Insgesamt ist damit seine Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % nicht nachvollziehbar, insbesondere nicht in einer adaptierten Tätigkeit. Dr. I. ___ und Dr. J. ___ äusserten sich nicht konkret zur Arbeitsfähigkeit. Sie hielten lediglich anamnestisch fest, die Beschwerdeführerin sei als Rechtshänderin stark eingeschränkt und als "Näherin" arbeitsunfähig (Suva-act. 102). Zu allfälligen Adaptionskriterien und einer Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit machten sie keine Ausführungen. Zusammengefasst sind die genannten ärztlichen Beurteilungen nicht geeignet, die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. F. ___ in Zweifel zu ziehen. Es ist gestützt auf seine Einschätzung von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen. Eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit, wie die Beschwerdeführerin sie beantragen lässt (act. G1), sowie weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich damit. Basierend auf einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer ideal adaptierten Tätigkeit ist im Rahmen eines Einkommensvergleichs der Invaliditätsgrad zu ermitteln. Für das Valideneinkommen ist massgebend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und ihrer persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Dabei ist in der Regel vom zuletzt - d.h. grundsätzlich vor dem Beginn der unfallbedingten ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit - erzielten Verdienst auszugehen (BGE 139 V 30 E. 3.3.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2015, 8C_590/2014, E. 5.1). Die Beschwerdeführerin war vor ihrem Unfall zuletzt als Nachstickerin bei der B. ___ GmbH

tätig. Sie arbeitete dort in einem Teilpensum von 20 bis 40 % (abweichende Angaben in den Akten). Dies sehr unregelmässig, je nach Auftragslage (vgl. Suva-act. 11, 52). Das dort erzielte schwankende Einkommen (vgl. Suva-act. 82) ist damit als Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens nicht geeignet. Stattdessen rechtfertigt es sich, dieses - wie von der Beschwerdegegnerin vorgeschlagen (vgl. Suva-act. 128, 172) - gestützt auf die LSE 2016, Tabelle T17, Branche 7, Nr. 75 "Nahrungsmittelverarbeitung, Bekleidungsherstellung und verwandte handwerkliche Berufe", Frauen älter als 50 Jahre, zu bestimmen. Der entsprechende Lohn belief sich im Jahr 2016 auf Fr. 4'809.-- pro Monat bzw. Fr. 57'708.-- jährlich. Aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden und angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2018 (Index 2016: 2'709, 2018: 2'732) ergibt sich ein massgebliches Jahreseinkommen von Fr. 60'671.--. Art. 16 ATSG umschreibt das Invalideneinkommen als hypothetisches Einkommen. Nach der ständigen Verwaltungspraxis und Rechtsprechung steht für dessen Ermittlung der Bezug von Tabellen und vergleichbaren Übersichten im Vordergrund (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 67 zu Art. 16). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können entweder LSE-Tabellenlöhne oder die DAP-Zahlen herangezogen werden (BGE 129 V 475 E. 4.2.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 6. Januar 2010, 8C_579/2009, E. 2.1). Es ist damit grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin zur Festsetzung des Invalidenlohns DAP-Zahlen beigezogen hat. Die Beschwerdeführerin beanstandet jedoch die gewählten DAP-Profile und das basierend darauf auf Fr. 54'964.-- (vgl. Suva-act. 128, 172) festgelegte Invalideneinkommen. Sie bringt insbesondere vor, bei allen Profilen seien beidhändige Tätigkeiten zu erbringen. Teilweise seien feinmotorische Tätigkeiten oder solche mit häufiger Hand- (und Körper-)rotation gefordert. Es handle sich allesamt um Tätigkeiten, die ihr gemäss dem adaptierten Leistungsprofil nicht mehr möglich seien (act. G1). Entgegen diesen Ausführungen sind ihr gemäss Einschätzung von Dr. F. ___ durchaus beidhändige Tätigkeiten zumutbar, auch solche, welche feinmotorische Fähigkeiten oder eine (gelegentliche) Handrotation erfordern (vgl. Suva-act. 116). Die von der Beschwerdegegnerin gewählten DAP-Profile (vgl. Suva-act. 126) entsprechen dem Anforderungsprofil der Beschwerdeführerin damit grundsätzlich. Wie sich nachfolgend ergibt, resultiert jedoch auch dann kein rentenbegründender Invaliditätsgrad, wenn zur Festlegung des Invalideneinkommens statt der DAP-Zahlen auf die statistischen Daten der LSE abgestellt wird. Da der Beschwerdeführerin Hilfsarbeitertätigkeiten zumutbar sind, rechtfertigt es sich diesfalls, das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE 2016, Total sämtlicher Wirtschaftszweige, Kompetenzniveau 1, Frauen, zu bestimmen. Der entsprechende Lohn belief sich im Jahr 2016 auf Fr. 4'363.-- pro Monat bzw. Fr. 52'356.-- jährlich. Aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden und angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2018 (Index 2016: 2'709, 2018: 2'732) ergibt sich ein massgebliches Jahreseinkommen von Fr. 55'045.--. Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten (Hilfsarbeiter-)Tätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die

Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2). Wie Kreisarzt Dr. F. ___ festhielt, sind der Beschwerdeführerin Tätigkeiten, die mit körperlicher Gewichtsbelastung auf Brusthöhe oder Überkopf ausgeübt werden müssen, nicht mehr zumutbar. Das Heben von Lasten über fünf Kilogramm über Hüfthöhe und das Heben von Lasten über zehn Kilogramm auf Hüfthöhe sind ihr ebenso wenig zuzumuten wie Arbeiten mit Stoss- oder Vibrationsbelastungen, Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten oder in absturzgefährdeten Bereichen sowie Tätigkeiten mit repetitivem Gebrauch von Werkzeugen oder an schnell rotierenden oder automatisierten Maschinen (negatives Belastungsprofil). Hingegen kann die Beschwerdeführerin in einer leichten, leidensadaptierten und das rechte Schultergelenk in der beschriebenen Weise entlastenden Tätigkeit vollschichtig eingesetzt werden (Suva-act. 116). Die Einschränkungen der Beschwerdeführerin wurden im Rahmen dieser medizinischen Leistungsbeurteilung umfassend berücksichtigt (vgl. E. 3.1) und eine lohnmassige Einschränkung im Vergleich zu voll leistungsfähigen Arbeitnehmerinnen ist entgegen ihrer Ansicht (act. G1) nicht ersichtlich. Zudem steht ihr aufgrund der genannten Einschränkungen noch das ganze Spektrum von sitzenden und leichten wechselbelastenden Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt offen. Es sind keine Umstände ersichtlich, welche auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen wären und deshalb einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen würden (vgl. dazu SVR 2021 IV Nr. 7. E. 6.2). Ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit bei einem Valideneinkommen von Fr. 60'671.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 55'045.-- (gemäss LSE) bzw. von Fr. 54'964.-- (DAP-Zahlen) resultiert ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von rund 9 %. Im Sinne der Erwägungen ist der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 83 ATSG noch anwendbaren Fassung). 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. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30 bis HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint angesichts des vergleichsweise geringen Aktenumfangs, des Verzichts auf eine ausführliche Replik (vgl. act. G8) und der eingeschränkten rechtlichen Fragestellungen eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- als angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes; sGS 963.70). Somit hat der Staat die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. 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 Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin mit Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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