



Fall-Nr.: IV 2015/281
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 26.09.2019
Entscheiddatum: 07.09.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 07.09.2018

Art. 28 IVG. Würdigung Gutachten. Das IV-Gutachten weist Mängel auf. Auf die attestierte Arbeitsfähigkeit kann aber dennoch abgestellt werden. Volle Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit. Kein Rentenanspruch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. September 2018, IV 2015/281).

Besetzung

Versicherungsrichterin Miriam Lendfers (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Marie Löhner;

Gerichtsschreiber Daniel Furrer

Geschäftsnr.

IV 2015/281

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller,

Engelgasse 214, 9053 Teufen,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 27. Dezember 2011 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 1), nachdem sie am 11. Juli 2011 in B.____ als Beifahrerin einen Verkehrsunfall mit einem Personenwagen erlitten hatte (vgl. IV-act. 12). Die Versicherte war in B.____ hospitalisiert und es war ein Gipskorsett angepasst worden. Danach war sie mit der Rega repatriert worden. Vom 27. bis 31. Juli 2011 war die Versicherte im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) hospitalisiert worden, wo eine inkomplette Berstungsfraktur LWK 2 und eine Sternumkontusion nach Autounfall mit Anpassung eines Gipskorsetts in B.____ diagnostiziert worden waren (Fremdakten). Am 5. Dezember 2011 war die Versicherte im KSSG aufgrund von MRI Befunden (nicht abgeheilte, subakute Fraktur) und der klinisch persistenten Schmerzsituation sowie des konventionell radiologisch bestehenden Kyphosewinkels des Wirbelkörpers operiert worden (Vertebroplastie LWK1 und Schutzvertebroplastie BWK12). Die postoperative Röntgenkontrolle zeigte eine regelrechte Zementposition. Die Mobilisation im Verlauf gelang problemlos (Bericht des KSSG vom 12. Dezember 2011, IV-act. 10). Anlässlich der Nachkontrolle vom 17. Januar 2012 klagte die Versicherte nach wie vor über persistierende Schmerzen im Bereich der Fraktur. Gemäss den Ärzten rührten die Schmerzen vermutlich von der Muskulatur her (Bericht des KSSG vom 19. Januar 2012, IV-act. 23). Auch in der Nachkontrolle vom 28. Februar 2012 klagte die Versicherte über persistierende vor allem bewegungsabhängige Beschwerden. Beim Röntgen zeigten sich stationäre ossäre Verhältnisse ohne Nachweis einer Einsinterung oder sichtbaren Anschlussfraktur im thorakolumalen Übergang (Bericht des KSSG vom 1. März 2012, IV-act. 30).



St.Galler Gerichte

A.b Im Schreiben vom 7. Juni 2012 des KSSG zuhanden der IV-Stelle gab der behandelnde Arzt an, dass die bisherige Arbeitstätigkeit als Reinigungsfrau im Hotelgewerbe eine eher ungünstige Tätigkeit sei, da es hier neben der ungünstigen Körperhaltung auch zu einem gewissen Akkordverhalten komme, welches die Situation der Versicherten ungünstig beeinflussen dürfte (IV-act. 35).

A.c Im Bericht vom 28. Januar 2013 führte Dr. med. C.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulenzentrum D.____, aus, die Versicherte weise eine muskuläre Insuffizienz nach an und für sich adäquater Behandlung der Wirbelsäulenfraktur, aber ohne entsprechendes Muskelaufbautraining auf. Sie werde jetzt in der Physiotherapie vorsichtig ein isometrisches Rumpfmuskeltraining lernen (IV-act. 56). Im Bericht vom 14. Mai 2013 sprach Dr. C.____ von einem sehr enttäuschenden langwierigen Verlauf. Nach einem gynäkologisch-chirurgischen Eingriff vom 8. Mai 2013 sei der Versicherten gesagt worden, sie solle sich drei bis vier Wochen streng schonen. Dadurch sei sie in ihrer Schonhaltung bestärkt. Obwohl er ihr gesagt habe, sie solle trotzdem ihre einfachen Rückenmuskelübungen im Liegen machen, werde sie sehr wahrscheinlich in den vier Wochen nach dem Eingriff Rückschritte machen (IV-act. 62). Im Arztbericht vom 3. Juli 2013 gab Dr. C.____ an, dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Zimmerfrau bestehe. Nach einer stationären Reha sei die Tätigkeit wieder im zeitlichen Rahmen von 50% zumutbar (IV-act. 65).

A.d Vom 21. August 2013 bis 10. September 2013 war die Versicherte in der Klinik E.____ hospitalisiert. Beim Austritt habe sie keine Veränderung der Schmerzsymptomatik beschrieben. Aus interdisziplinärer Sicht seien die Schmerzangaben nicht hinreichend objektivierbar gewesen. Eine Ausweitung der Leistungsfähigkeit erscheine aus medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten grundsätzlich weiterhin als realisierbar (IV-act. 74).

A.e Im Auftrag der IV-Stelle wurde beim Medizinischen Gutachtenzentrum Region St. Gallen GmbH (MGSG) ein polydisziplinäres orthopädisch-psychiatrisches Gutachten mit internistischer Beurteilung sowie eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) an der Orthopädie und Physiotherapie F.____ durchgeführt. Im Gutachten vom 25. Juni 2014 wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein



Thorakolumbovertebrales Syndrom bei Status nach Vertebroplastie L1 und Schutzvertebroplastie TH12 nach inkompletter Berstungsfraktur L1 im Dezember 2011, eine laterale Bandinstabilität am oberen Sprunggelenk links, eine Präadipositas, leichte chronische depressive Stimmungsschwankungen (Dysthymie) bei Zustand nach Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion, bestehend seit etwa Januar 2012, eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen, eine arterielle Hypertonie, ein Status nach Pulmonalisvenenisolation 2003 wegen paroxysmaler AV-Tachykardie und ein Status nach LEEP-Konisation und CK-Curettage wegen persistierendem PAP III 2013 diagnostiziert. Die Arbeitsfähigkeit als Zimmerfrau betrage gesamthaft bei voller Stundenpräsenz eines normalen Pensums seit April 2012 100%. Im Rahmen der posttraumatischen respektive postoperativen Rehabilitation habe die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von Juli 2011 bis März 2012 0% betragen (IV-act. 97). In der Stellungnahme vom 23. Juli 2014 hielt der RAD fest, dass auf das Gutachten abgestellt werden könne (IV-act. 103).

A.f Mit Vorbescheid vom 2. Dezember 2014 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Die Abklärungen hätten ergeben, dass es der Versicherten zumutbar sei, zu 100% als Zimmerfrau tätig zu sein (IV-act. 115).

A.g Mit Einwand vom 19. Januar 2015 beantragte die Versicherte die Zusprache mindestens einer halben IV-Rente ab Juli 2012, eventualiter sei eine weitere polydisziplinäre Begutachtung vorzunehmen. Das MGSG-Gutachten sei nicht verwertbar, weil es auf unvollständigen Aktenkenntnissen und auf einer völlig einseitigen orthopädischen Beurteilung beruhe. Die rheumatologischen Probleme würden ausgeblendet. Sie reichte dazu unter anderem einen Arztbericht von Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, vom 18. August 2014 ein (IV-act. 116).

A.h In der im Auftrag des Unfallversicherers erstellten ärztlichen Beurteilung vom 25. März 2015 hält Dr. G.____ fest, dass sich keine Anhaltspunkte für eine zusätzliche rheumatologische und neurologische Begutachtung ergäben. Bei der Versicherten sei eine erhebliche Symptomausweitung festgestellt worden. Im MGSG-Gutachten sei jedoch der organische Kern des 1. Lendenwirbels mit einem Frakturwinkel von 19° nicht ausreichend berücksichtigt worden. Es könne davon ausgegangen werden, dass bei einer erhöhten Wirbelsäulenbelastung mit repetitiver Flexion tatsächlich muskulär



bedingte Rückenschmerzen erwartet werden könnten. Die Versicherte könne aber durchgehend ganztägig mit vollem Rendement Arbeiten durchführen, die nicht mit einer Zwangshaltung der Wirbelsäule verbunden seien (Fremdakten).

A.i Mit Verfügung vom 8. Juli 2015 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten ab. Der Rentenanspruch sei nochmals überprüft worden. Die Beurteilung durch Dr. G.____ sei nachvollziehbar. Die angestammte Tätigkeit als Zimmerfrau sei nicht mehr zumutbar. In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe jedoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Es wurde ein Invaliditätsgrad von 0% ermittelt (IV-act. 122).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegend zu beurteilende Beschwerde vom 10. September 2015. Die Beschwerdeführerin beantragt deren Aufhebung und die Zusprache mindestens einer halben IV-Rente mit Wirkung ab Juli 2012. Eventualiter sei die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Das MGSG-Gutachten sei nicht verwertbar, da es zum Teil in sich widersprüchlich sei, insbesondere aber unhaltbare Schlussfolgerungen ziehe. Zudem sei zwingend eine neue Begutachtung durchzuführen, welche auch eine neurologisch/rheumatologische Abklärung enthalte (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 21. Oktober 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 100% in einer angepassten Tätigkeit durch Dr. G.____ erscheine plausibel und darauf könne abgestellt werden. Weitere Abklärungen seien nicht erforderlich (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 26. November 2015 hält die Beschwerdeführerin unverändert an der Beschwerde fest (act. G 6). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Schreiben vom 4. Dezember 2015 auf die Einreichung einer Duplik (act. G 8).

Erwägungen

1.



St.Galler Gerichte

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

1.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die: a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können; b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind; und c. 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 des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

1.4 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der



Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 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 der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen).

1.5 Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

2.

2.1 Zunächst ist die Frage zu beantworten, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung des Sachverhaltes erlaubt.

2.2 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der Verfügung im Wesentlichen auf das MGSG-Gutachten und auf die ärztliche Beurteilung von Dr. G.____.

2.3 Die Beschwerdeführerin erachtet das MGSG-Gutachten als nicht beweistauglich. Die orthopädische Beurteilung inklusive Übersetzung habe lediglich 55 Minuten gedauert und das Gutachten habe sich über den extremen Kyphosewinkel



ausgeschwiegen. Zudem werde auf die Ansichten anderer Ärzte verwiesen, welche das Verbleiben von Schmerzen, welche belastungsabhängig auch anstiegen, grundsätzlich aber immer vorhanden seien, bestätigen würden. Auch die durchgeführte EFL wird kritisiert, da die Beschwerdeführerin mit drei Tests von je eineinhalb Stunden am selben Tag körperlich und mental überfordert worden sei und diese so auch keine verlässliche Antwort zur funktionellen Leistungsfähigkeit habe liefern können. Weiter wird kritisiert, dass im MRI-Bericht vom 14. April 2014, welcher im Gutachten erwähnt wurde, die stationäre Verlagerung von LWK1 in den Spinalkanal um 6 mm nicht erwähnt worden sei. Das MGSG-Gutachten leide auch an inneren Widersprüchen, so werde beispielsweise erklärt, vorgeneigte Haltungen seien zu vermeiden und trotzdem sei in der angestammten Tätigkeit in der Zimmerreinigung eine volle Arbeitsfähigkeit bescheinigt worden. Ein weiterer innerer Widerspruch liege beim Untersuchungsbefund vor, wonach bei der paravertebralen Muskulatur beidseits keine palpablen Myogelosen festzustellen seien und gleich darunter ausdrücklich von der myogelotisch veränderten paravertebralen Muskulatur beidseits gesprochen werde. Zusammenfassend sei das MGSG-Gutachten nicht verwertbar, da es zum Teil in sich widersprüchlich sei, insbesondere aber unhaltbare Schlussfolgerungen gezogen worden seien (act. G 1, S. 3 ff.).

2.3.1 Orthopädisch wurde im MGSG-Gutachten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein thorakolumbovertebrales Syndrom bei Status nach Vertebroplastie L1 und Schutzvertebroplastie Th12 nach inkompletter Berstungsfraktur L1 12/2011, eine laterale Bandinstabilität am oberen Sprunggelenk links und eine Präadipositas diagnostiziert. Nachdem die Schmerzen am BWS/LWS-Übergang und die demonstrierten pathologischen Untersuchungsbefunde deutlich mit dem nicht sehr auffälligen MRI-Befund der Wirbelsäule kontrastierten, bestehe spätestens seit April 2012 eine volle Arbeitsfähigkeit als Zimmerfrau. Vorangehend habe die Arbeitsfähigkeit von Juli 2011 bis März 2012 im Rahmen der posttraumatischen respektive postoperativen Rehabilitation 0% betragen. Nachdem sämtliche Behandlungsmassnahmen erfolglos gewesen seien und die Beschwerden nicht hätten objektiviert werden können, könne kein weiterer Therapievorschlag unterbreitet werden, ausser einer deutlichen Gewichtsreduktion und Tonisierung der paravertebralen Muskulatur. Die Prognose sei bei Fixierung auf die Beschwerden und



mangelnder Motivation ungünstig (IV-act. 97-7 und 97-19). Die durchgeführte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit habe eine erhebliche Symptomausweitung ergeben. Infolge von Selbstlimitierung und mässiger Inkonsistenz seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar (IV-act. 97-18). Im polydisziplinären Konsens halten die Gutachter fest, dass, nachdem die subjektiven Beschwerden und demonstrierten pathologischen objektiven Befunde nicht nachvollzogen werden könnten, aus den Beschwerden keine Funktionseinschränkung in der bisherigen Tätigkeit als Zimmerfrau resultiere (IV-act. 97-42).

2.3.2 Dr. G.____ hält in seinem Bericht vom 25. März 2015 fest, dass im MGSG-Gutachten der organische Kern des Unfallschadens nicht berücksichtigt worden sei. Eindeutig ergebe sich aus den radiologischen Beurteilungen, dass es zu einer Impressionsfraktur gekommen sei, die mit einem Frakturwinkel von 19° ausgeheilt sei. Damit bestehe eine leichte Fehlstellung der Wirbelsäule. Oberhalb von LWK1 sei die Wirbelsäule frakturbedingt verstärkt nach vorne inkliniert. Damit bestehe zwangsläufig permanent ein höheres ventrales Drehmoment. Diese pathologische Flexionsneigung könne nur muskulär kompensiert werden. Die aufgrund der normalerweise physiologischen doppel-S-förmigen Krümmungen autostatische Ausbalancierung der Wirbelsäule sei nicht mehr gegeben. Die Rückenmuskulatur werde zwangsläufig stärker beansprucht. Insofern seien Arbeiten, die mit einer zusätzlichen Flexionskomponente verbunden seien, kontraproduktiv. Selbstverständlich könne die Wirbelsäule aber sporadisch flektiert werden, ohne dass damit muskuläre Beschwerden ausgelöst würden. Im Stammerberuf als Zimmerfrau würden aber permanent ungünstige Arbeiten anfallen, die mit einem verstärkten ventralen Drehmoment verbunden seien, was vor allem durch die Rückenmuskulatur kompensiert werden müsse. Es liege ein Tätigkeitsprofil vor, dass nicht adäquat sei zum organischen Kern. Der orthopädische Gutachter habe ausschliesslich auf die erhebliche Symptomausweitung abgestellt, ohne den organischen Kern zu berücksichtigen. Er habe sogar dokumentiert, dass eine Keilwirbelbildung L1 vorliege, ohne aber den Winkel zu berücksichtigen. Wenn er zum Schluss komme, dass die Lendenwirbelsäule quasi normal sei, entspreche dies nicht der Realität. Mit dem Frakturwinkel von 19°, der in seinem Gutachten nirgends erwähnt werde, ergebe sich zwangsläufig eine Fehlstellung der Wirbelsäule mit verstärkter Flexionskomponente. Repetitiv beugende Arbeiten, wie sie in der Tätigkeit als



Zimmerfrau wiederholt anfallen würden, seien damit kontraproduktiv. Das heisse, für die Stamtätigkeit als Zimmerfrau bestehe damit ein inadäquates Belastungsprofil, sodass die Aussagen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit als Zimmerfrau nicht vollständig seien, da die Fehlstellung nicht miteinbezogen worden sei. Einerseits bestehe zwar eine erhebliche Symptomausweitung, andererseits aber auch ein organischer Kern, der trotz der erheblichen Symptomausweitung gutachterlich hätte berücksichtigt werden müssen. Zusammenfassend sei im MGSG-Gutachten der organische Kern des 1. Lendenwirbels mit einem Frakturwinkel von 19° nicht ausreichend berücksichtigt worden. Dass aufgrund des damit verbundenen erhöhten ventralen Drehmoments die Rückenmuskulatur verstärkt beansprucht werde, liege auf der Hand. Insofern könne davon ausgegangen werden, dass bei einer erhöhten Wirbelsäulenbelastung mit repetitiver Flexion tatsächlich muskulär bedingte Rückenschmerzen erwartet werden könnten (Fremdakten).

2.3.3 Aufgrund dieser ausführlichen und nachvollziehbaren Kritik von Dr. G.____ am MGSG-Gutachten und insbesondere der offensichtlichen Nichtberücksichtigung des organischen Kerns des Unfallschadens bestehen doch erhebliche Zweifel an der Beurteilung durch die MGSG-Gutachter, weshalb nicht auf deren Arbeitsfähigkeitsschätzung, insbesondere nicht auf die Verneinung von Einschränkungen bei der angestammten Tätigkeit als Zimmerfrau, abgestellt werden kann.

2.4 Weiter wurde von der Beschwerdeführerin das Fehlen einer rheumatologisch/neurologischen Beurteilung bemängelt. Die entsprechende Untersuchung in der Klinik E.____ vermöge dies nicht zu ersetzen. Eine solche Begutachtung sei unabdingbar, da die Beschwerdeführerin über elektrisierende Schmerzen klage, wie auch über schmerzhaft Vorgänge im Bereich der BWS. Ein Thema seien auch immer wieder die ausstrahlenden Schmerzen in den rechten Fuss, respektive ein Kraftverlust im rechten Bein, dessen Ursache bis heute nicht klar sei. Die reine Aktenbeurteilung von Dr. G.____, welcher die Notwendigkeit entsprechender rheumatologischer und neurologischer Beurteilungen verneine, reiche nicht. Insgesamt sei zwingend ein neues polydisziplinäres Gutachten durchzuführen (act. G 1, S. 6 f.).



2.4.1 Im Austrittsbericht der Klinik E.____ vom 22. September 2013 wird nicht näher auf rheumatologische und neurologische Untersuchungen eingegangen. Einzig im Zusatzblatt (IV-act. 74-3) werden in je einem Absatz der Rheumastatus und der Neurostatus festgehalten. Die Ärzte halten insgesamt fest, im Rahmen der Physiotherapie habe initial eine kurzfristige Steigerung der Geh- und Velostrecke erreicht werden können, die im weiteren Verlauf stagniert habe. Bei der einzeltherapeutischen Rückenschulung sei ein Heimprogramm für die Rumpfkraftigung und Beweglichkeit erarbeitet worden. Wiederholte Versuche, die Aktivitäten im therapeutischen Rahmen weiter zu steigern, hätten nicht erfolgreich durchgeführt werden können. Da sich die strukturellen Korrelate für die Symptomatik klinisch nicht vollumfänglich hätten nachvollziehen lassen, seien auch wiederholt Versuche zur Reduktion der Schmerzmedikation vorgenommen worden, was ebenfalls ergebnislos verlaufen sei. Bei Austritt habe die Beschwerdeführerin keine Veränderung der Schmerzsymptomatik beschrieben; aus interdisziplinärer Sicht seien die Schmerzangaben nicht hinreichend objektivierbar gewesen. Eine Ausweitung der Leistungsfähigkeit erscheine aus medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten grundsätzlich weiterhin als realisierbar. Der Austritt erfolge in die gewohnte Umgebung bei gegenwärtig 100%iger Arbeitsunfähigkeit und der Empfehlung zur Weiterführung der Physiotherapie im ambulanten Rahmen (IV-act. 74).

2.4.2 Dr. G.____ hielt in seinem Bericht vom 25. März 2015 diesbezüglich fest, aus dem Austrittsbericht der Klinik Klinik E.____ ergebe sich, dass die Beschwerdeführerin sowohl rheumatologisch (Rheumastatus) wie auch neurologisch (Neurostatus) abgeklärt worden sei. Rheumatologisch habe sich der seit zwei Jahren bestehende Befund einer schmerzbedingt eingeschränkten Beweglichkeit der BWS und LWS ergeben. Neurologisch hätten sich keine Auswirkungen der Fraktur auf die Peripherie ergeben. Das heisse, sowohl die rheumatologischen wie auch die neurologischen Befunderhebungen seien ohne neue Hinweise auf weitere unfallbedingte Schäden durchgeführt worden. Insofern müsse nicht erneut ein interdisziplinäres Gutachten mit Beizug eines Rheumatologen und Neurologen durchgeführt werden. Dr. G.____ kommt schliesslich zum Schluss, dass eine rheumatologische und/oder neurologische Begutachtung auch deshalb sinnlos seien, da keine neurologische Klinik vorgelegen habe (Fremdakten). Diese Einschätzung ist plausibel. Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin (act. G 1, S. 6 f.) fehlt es in den Akten an differenzierten oder



wiederholten präzisen Angaben über Schmerzausstrahlungen in das rechte Bein bzw. den rechten Fuss. Dr. C.____ hatte am 28. Januar 2013 noch explizit festgehalten, dass keine Ausstrahlung bestehe (IV-act. 56-1). Bildgebend wurden an der unteren Wirbelsäule keine Nervenkompressionen oder sonstigen Pathologien sichtbar, die eine Schmerzausweitung ins Bein erklären könnten. Dr. G.____ verneinte im Übrigen nachvollziehbar, dass solche Bein-/Fusschmerzen in natürlichem Kausalzusammenhang mit der LWK1-Fraktur stehen könnten, wenn eine Beteiligung des Myelons ausgeschlossen worden sei (Fremdakten). Seitens der Klinik E.____ waren auch beim Neurostatus keine Ausstrahlungen erwähnt worden. Bezüglich der von der Beschwerdeführerin geklagten subjektiven muskulären Erschöpfung nach 15-30 Minuten Gehzeit war nur festgehalten worden, dass die Beschwerdeführerin "in diesem Zustand" eine Supinationstendenz des rechten Fusses erwähne (IV-act. 74-3). Weder daraus noch aus sonstigen allfälligen Schmerzangaben schlossen die Klinikärzte aber auf weiteren Abklärungsbedarf in neurologischer oder rheumatologischer Hinsicht. Auch Dr. C.____ veranlasste nach Lage der Akten keine diesbezüglichen weiteren Abklärungen. Konkrete Hinweise auf unvollständige Untersuchungen finden sich damit nicht. Zusammenfassend erscheint eine weitere rheumatologisch/neurologische Beurteilung nicht angezeigt.

3.

3.1 Zur Beurteilung von Dr. G.____ führt die Beschwerdeführerin aus, dass dieser mit der Aussage, eine Schmerzkupierung sei das Ziel der Vertebroplastie gewesen, selber bestätige, dass eben Schmerzen (sowohl belastungsabhängige wie auch belastungs-unabhängige) zurückbleiben würden. Diese Ansicht habe er auch bei der Bemessung der Integritätsentschädigung vertreten. Es werde zu wenig in Betracht gezogen, dass die pathologische Flexionsneigung in der BWS/LWS nur muskulär kompensiert werden könne, ein normales Rückentraining aber gerade wegen dieser pathologischen Flexionsneigung und der künstlichen Versteifung schmerzbedingt nicht möglich sei. Da keine muskuläre Kompensation stattfinden könne, würden benachbarte Bereiche überbeansprucht, weshalb die erst später manifestierten elektrisierenden Schmerzen respektive auch die Ausstrahlungen ins rechte Bein ohne weiteres denkbar seien. Zudem genüge die reine Aktenbeurteilung von Dr. G.____ für die Abklärung der vorliegenden Problematik nicht (act. G 1, S. 7 f.).



3.2 Die Ausführungen von Dr. G.____ lassen allerdings nicht darauf schliessen, dass die Pathologie, konkret der Frakturwinkel bzw. die Kyphose, eine muskuläre Stabilisation des unteren Rückens derart verhindern könnte, dass auch nicht rückenbelastende Tätigkeiten nur noch eingeschränkt möglich wären. Dr. G.____ sah aufgrund der Kyphose nur bei beruflich erhöhter Wirbelsäulenbelastung mit repetitiver Flexion unzureichende muskuläre Voraussetzungen und damit ein erhöhtes Risiko für die Entstehung von Rückenschmerzen. Er hielt fest, dass die Wirbelsäule "selbstverständlich" sporadisch flektiert werden könne, ohne dass damit muskuläre Beschwerden ausgelöst würden (Fremdakten). Die Behauptung der Beschwerdeführerin, dass schmerzbedingt kein Rückentraining möglich sei, ist ferner nicht belegt, finden sich in den Akten doch nicht nur von den Gutachtern (vgl. etwa IV-act. 97-19), sondern auch von den behandelnden Ärzten Empfehlungen zur Verbesserung des Muskulaturaufbaus (etwa IV-act. 56-2, 62-5, 74-1). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin steht ferner der Umstand, dass Dr. G.____ seine Einschätzung ausschliesslich auf Grundlage der Akten abgab und die Beschwerdeführerin nicht selbst untersuchte, deren Beweiswert grundsätzlich nicht entgegen. Die direkte ärztliche Auseinandersetzung mit der zu begutachtenden Person rückt dann in den Hintergrund, wenn es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen; in einem solchen Fall kann auch ein reines Aktengutachten voll beweiswertig sein. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist aber, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2012, 8C_681/2011 E. 4.1 mit Hinweisen; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 370 E. 5b). Vorliegend gab Dr. G.____ seine Beurteilung in Kenntnis der Vorakten ab und legte die Anamnese lückenlos dar. Er setzte sich zudem detailliert mit den Vorbringen der Beschwerdeführerin sowie auch kritisch mit der Beurteilung der MGSG-Gutachter auseinander. Dr. G.____ legte nachvollziehbar und überzeugend dar, dass die Beschwerdeführerin durchgehend ganztägig mit vollem Rendement Arbeiten durchführen könne, die nicht mit einer Zwangshaltung der Wirbelsäule verbunden sind. Sie könne sporadisch 10 kg tragen. Sinnvoll seien Arbeiten in Wechselposition. Mit weiteren Behandlungsmassnahmen könne der Zustand nicht mehr namhaft verbessert werden (vgl. IV-act. 116-6 f. und Fremdakten). Insgesamt sind die Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht geeignet, die überzeugende Beurteilung von Dr. G.____ in



Zweifel zu ziehen (vgl. entsprechend den Entscheid UV 2015/72 vom 7. September 2018).

3.3 Zusammenfassend ist somit gestützt auf die Einschätzung von Dr. G.____ von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen (Fremdakten), dies seit April 2012 (vgl. IV-act. 97-19). Damit war bei Ablauf des Wartejahres (Art. 28 Abs. 1 IVG) keine relevante Arbeitsunfähigkeit mehr gegeben. Hinsichtlich des Einkommensvergleichs (vgl. IV-act. 122-2) ergibt sich bei unterdurchschnittlichem Valideneinkommen selbst unter Vornahme einer allfälligen Parallelisierung und mit Berücksichtigung eines allfälligen Tabellenlohnabzugs kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Damit ist die Abweisung des Rentenanspruchs nicht zu beanstanden.

4.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde 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 vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss wird angerechnet.