



Fall-Nr.: IV 2012/169
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 25.03.2013
Entscheiddatum: 25.03.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 25.03.2013

Art. 8 Abs. 1 ATSG. Art. 28 Abs. 2 IVG. Art. 43 i.V.m. Art. 28 ATSG. Art. 59 Abs. 5 IVG. Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung unabhängig von Observationsergebnissen. Verwertbarkeit der Observationsergebnisse (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. März 2013, IV 2012/169).

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Della Batliner

Entscheid vom 25. März 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Stephanie Schwarz, Sigg Schwarz Advokatur,
Theaterstrasse 3, Postfach 2336, 8401 Winterthur,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 18. März 2009 zur Früherfassung bei der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Die IV-Stelle des Kantons St. Gallen teilte der Versicherten am 19. März 2009 mit, dass sie eine IV-Anmeldung für nötig erachte (IV-act. 5). Daraufhin meldete sich die Versicherte am 25. März 2009 zum Bezug von Leistungen an (IV-act. 6).

A.b Für die medizinischen Unterlagen holte die IV-Stelle das Dossier der Unfallversicherung ein (act. G 9.2). Gemäss Aktennotiz des Regionalen Aerztlichen Dienstes der Invalidenversicherung (RAD) vom 26. März 2009 (IV-act. 10) sei die Versicherte bisher in der Produktion tätig gewesen und psychosozial belastet. Sie sei am 15. Januar 2009 (richtig: 2008) bei einem Sturz mit der Ulnarseite des linken Handgelenks auf ein Treppengeländer geprallt. Nach dieser ulnarseitigen Kontusion der dominanten linken Hand habe sie erhebliche Schmerzen gehabt, die zu einer Eskalation der ärztlichen Massnahmen geführt habe. Nach einer konsiliarischen handchirurgischen Beurteilung in B.____, in der keine Erklärung für die Schmerzen gefunden werden konnte, sei im September 2008 der Fallabschluss durch die Suva erfolgt. Aus versicherungsmedizinischer Sicht verfüge die Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit ab sofort über eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. auch IV-act. 18). Daher wurden Abklärungen bezüglich der Möglichkeiten einer beruflichen Eingliederung geprüft und eine Anmeldung bei der Regionalen Arbeitsvermittlung (RAV) geplant (IV-act. 27, 31). Am 26. August 2009 (IV-act. 35) reichte die Rechtschutzversicherung einen neuen ärztlichen Bericht ein und teilte mit, dass die Versicherte aufgrund der immer vorhandenen Schmerzen massive weitergehende gesundheitliche Probleme entwickelt habe. Sie magere stark ab und hätte Mitte Juli nur noch ein Gewicht von 47kg gehabt. Aus diesem Grund werde um Beschleunigung des Verfahrens und umgehende Veranlassung einer Schmerztherapie gebeten. Nach



St.Galler Gerichte

Anmeldung beim RAV am 20. Mai 2009 liess die Versicherte den ersten Termin verschieben und nahm den zweiten Termin nicht wahr, weshalb das Begehren um Arbeitsvermittlung abgewiesen wurde (IV-act. 39, 40). Mit Schreiben vom 2. September 2009 teilte die IV-Stelle mit, dass eine Schmerztherapie nicht in den Zuständigkeitsbereich der Invalidenversicherung gehöre (IV-act. 38). Nach Schreiben von Rechtsanwältin lic.iur. Stephanie Schwarz, Winterthur, vom 28. September 2009 (IV-act. 44) nahm die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung wieder auf (IV-act. 45).

A.c Mit Bericht vom 16. Oktober 2009 (IV-act. 48-1/30 ff.) diagnostizierte pract. med. C.____ chronische durch Belastung verstärkte Schmerzen im linken ulnarseitigen Handgelenks-/Handbereich bei Status nach Kontusion des linken Handgelenks, Linkshänderin und depressive Verstimmung. In einer angepassten Tätigkeit sei eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit gegeben. Am 17. November 2009 berichtete Prof. Dr. med. D.____, Neurologie FMH, dass er als Ursache der angegebenen Schmerzen der linken Hand eine noch leichte Form eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms vermute, auf neurologischem Fachgebiet jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (IV-act. 54). Am 29. Dezember 2009 wurde die Arbeitsvermittlung vorübergehend abgeschlossen, da aufgrund der Operation vom 3. Dezember 2009 (Stellatumblockade; vgl. act. G 9.2/3-177/279) ein instabiler Gesundheitszustand vorlag (IV-act. 61, 55). Das Einsatzprogramm bei der E.____ wurde gleichentags vorzeitig beendet, da keine Arbeiten möglich seien die nur mit einer Hand ausgeübt werden könnten (IV-act. 74). Gemäss Gutachten von Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 31. Juli 2010 (IV-act. 83) konnte keine psychiatrische Diagnose gestellt werden. Aus orthopädischer Sicht sei die linke, dominante obere Extremität deutlich vermindert belastbar und könne nur sehr begrenzt eingesetzt werden. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. In einer leidensangepassten Tätigkeit müsse von einer Arbeitsfähigkeit von 50% ausgegangen werden. Die Tätigkeit sollte nur mit der rechten, adominanten Hand ausgeführt werden müssen. Keine feinmotorischen Tätigkeiten. Die ehemals dominante linke Hand könne nur im Sinn einer Zudien- und Hilfshand benutzt werden. Diesbezüglich kein Heben und Tragen von Lasten über 5kg. Keine Tätigkeiten, die linksseitig Positionen des Armes über die Horizontalebene erfordern. Der RAD



St.Galler Gerichte

bestätigte die Nachvollziehbarkeit des bidisziplinären Gutachtens vom 31. Juli 2010 und qualifizierte die Versicherte ohne Behinderung als Vollerwerbstätige (IV-act. 85, 88).

A.d Dr. med. H.____ erstellte am 7. Februar 2011 ein Leistungsprofil (IV-act. 90) und äusserte darin aufgrund der Vorgeschichte und der geringen objektiven Befunde Zweifel an den ärztlich monierten funktionellen Auswirkungen (praktische Einarmigkeit). Der Fall eigne sich gut für eine Observation, eine solche dränge sich auf. Als nicht zu erwartendes Verhalten hielt er dabei den unauffälligen Einsatz der linken oberen Extremität, das Ergreifen von schwereren Gegenständen (> 15 kg) mit der linken Hand, Drehbewegungen, Beugen und Strecken des (linken) Handgelenks, das Nichttragen der Schiene insbesondere beim Gebrauch der linken Hand sowie unauffällige Bewegungen im linken Schultergelenk, Möglichkeit von Überkopfarbeiten, fest. Nach der Observation am 8. März 2011 stellte Dr. H.____ am 12. März 2011 (IV-act. 95) auf den Videosequenzen fest, dass die Versicherte bei der Reinigung des Autos mit dem Hochdruckreiniger den linken Arm überhaupt nicht eingesetzt habe, aber die ununterbrochene und ohne Ermüdung durchgeführte Prozedur nur mit der rechten (angeblich adominanten) oberen Extremität auch bei Rechtsdominanz eine erhebliche Leistung sei. Die Bilder sprächen zwar einerseits für eine konsequente Schonung der linken oberen Extremität aus welchen Gründen auch immer. Sie liessen andererseits gewisse Zweifel an der monierten Linkshändigkeit aufkommen. Die Versicherte könne mit der linken Hand den Kofferraumdeckel erfassen und herunterziehen und die Autotüre zuziehen. Sie könne mit der linken Hand einen Bodenteppich des Autos halten und diverse andere Dinge ergreifen oder halten. Sie könne mit der linken Hand einen leichten Gegenstand halten, während dieser mit der rechten Hand gereinigt werde. Die Versicherte könne Auto fahren. Sie habe eine gut viertelstündige Innen- und Aussenreinigung eines Autos mit der gleichen Effizienz wie eine Gesunde durchgeführt. Eine Arbeitsunfähigkeit von 50% in adaptierten Tätigkeiten stehe in sehr deutlichem Gegensatz zu den Ermittlungsergebnissen. Die Versicherte sei also nicht funktionell einarmig. Weitere Ermittlungen seien nicht nötig, da das bisherige Material genügend Zweifel an der Einschätzung des Gutachters begründe. Es entstünden ausserdem gewisse Zweifel an einer dominanten Linkshändigkeit. Mit Abklärungsbericht Haushalt vom 26. Mai 2011 wurde festgehalten, dass die geltend gemachten Einschränkungen in diesem Ausmass wenig glaubhaft seien und eine erneute Begutachtung dringend angezeigt sei (IV-act. 113). Mit Bericht vom 6. Juli 2011 erachtete Dr. H.____ die



St.Galler Gerichte

Versicherte aufgrund der Sachverhaltsabklärungen als angepasst bimanuell vollschichtig einsetzbar, wobei im Fall tatsächlicher Linkshändigkeit bereits nach kurzer Rekonditionierungszeit (Weglassen der Schiene wie ärztlich gefordert und Ingebrauchnahme der Hand!), im Fall von tatsächlicher Rechtshändigkeit ab sofort eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe (IV-act. 116). Mit Vorbescheid vom 7. Dezember 2011 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten ab (IV-act. 123).

B.

Der Einwand vom 20. Januar 2012 (IV-act. 125) wurde mit Verfügung vom 27. März 2012 (act. G 1.2) abgelehnt.

C.

C.a Mit Beschwerde vom 9. Mai 2012 (act. G 1) liess die Versicherte durch Rechtsanwältin lic.iur. Stephanie Schwarz, Winterthur, die Aufhebung der Verfügung vom 27. März 2012 und die Zusprache einer Rente unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin beantragen. Zudem beantragte die Rechtsvertreterin die persönliche Sichtung der Videoaufzeichnungen durch die beurteilenden Mitglieder des Gerichts. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, die medizinische Situation sei insbesondere aufgrund des bidisziplinären Gutachtens von Dr. G.____ und Dr. F.____ erstellt gewesen, was auch vom RAD-Arzt Dr. med. I.____ mit Stellungnahme vom 19. August 2010 bestätigt worden sei. Die von RAD-Arzt Dr. med. H.____ beantragte Observierung der Beschwerdeführerin sei nicht notwendig und im vorliegenden Fall wegen mangelnder gesetzlicher Grundlage, fehlenden Anfangsverdachts und Unverhältnismässigkeit nicht zulässig gewesen. Die bei der Observierung erwähnten Hilfstätigkeiten entsprächen den im Gutachten erwähnten Zudienfunktionen der linken Hand, was Dr. H.____ zu Unrecht nicht berücksichtigt habe. Es werde klar bestritten, dass die Beschwerdeführerin gegenüber einem Arbeitsvermittlungsunternehmen festgehalten habe, sie "mache auf IV". Dass die Observation Grundrechte Dritter verletze, lasse an der Eignung und Professionalität der Überwachungsfirma zweifeln. Die observierende Person habe subjektive Wahrnehmungen festgehalten. Die Observation sei betreffend Gesundheitszustand und



Arbeitsfähigkeit nicht aussagekräftig. Sämtliche Beobachtungen sprächen für das Vorliegen einer Beeinträchtigung der linken dominanten Hand der Beschwerdeführerin.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 22. August 2012 (act. G 8) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung brachte sie insbesondere an, die Suva habe ihre Leistungspflicht mit überzeugender Begründung verneint. Da neben den Unfallfolgen kein Leiden anzunehmen sei, bestehe kein Anlass, von dieser Beurteilung abzuweichen. Durch die Observation habe gezeigt werden können, dass die Beschwerdeführerin nicht funktionell einarmig sei. Sie leide zwar an diagnostizierten, aber nicht an objektivierbaren Beschwerden. In Anwendung der Foerster'schen Kriterien sei eine volle Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Die Anordnung der Observation sei nicht zu beanstanden. Das Rentengesuch müsste auch unter Ausklammerung des Observationsergebnisses abgewiesen werden.

C.c Mit Replik vom 2. November 2012 (act. G 13) und Duplik vom 5. Dezember 2012 (act. G 15) hielten die Parteien an ihren jeweiligen Standpunkten fest.

Erwägungen:

1.

Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Rentenleistungen.

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). 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).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, 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.

2.3 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 gestellt haben. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c, je mit Hinweisen).

3.

3.1 Zunächst ist zu prüfen, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt. Während die Beschwerdeführerin der Ansicht ist, dass sich die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung der Arbeitsfähigkeit in rechtswidriger Weise nicht auf das Gutachten von Dr. F.____ und Dr. G.____ vom 31. Juli 2010 (IV-act. 83) gestützt habe, vertritt die Beschwerdegegnerin die Auffassung, dass die Observationsergebnisse von den



Observationen am 7. und 8. März 2011 (IV-act. 105) und deren medizinische Prüfung durch Dr. H.____ (IV-act. 90, 95, 116) zeigten, dass es sich bei der Diagnose eines CRPS um eine ärztliche Fehleinschätzung handle und der Schluss nahe liege, dass die Beschwerdeführerin in einer leidensadaptierten Tätigkeit vollschichtig arbeitsfähig sei.

3.2 Anlässlich der orthopädischen Untersuchung vom 25. Juni 2010 (IV-act. 83) beschrieb die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. G.____ eine im Vordergrund stehende Schmerzproblematik, die mit der aktuellen Medikation erträglich sei. Sie trage die immobilisierende Schiene praktisch ständig (auch nachts), um schmerzprovozierende Bewegungen zu verhindern. Tagsüber habe sie den Eindruck, dass die linke Hand kalt sei, nachts erscheine sie heiss. Neben dem im Handgelenk lokalisierten und in die Finger sowie nach proximal bis in den Nacken ausstrahlenden Schmerzen gab die Beschwerdeführerin als Begleitsymptome an, dass der Ring- und der Kleinfinger kein Gefühl besäßen und "taub" seien. Die Finger seien vor allem am Morgen stark geschwollen. Weiter sei die Beweglichkeit aller Gelenke an der linken oberen Extremität eingeschränkt. Bei der orthopädischen Untersuchung der linken Hand stellte Dr. G.____ Bewegungseinschränkungen des Schulter-, Ellbogen- und Handgelenks fest. Zudem beständen eine diffus teigige Schwellung und eine leicht bläulich livide Verfärbung des linken Handrückens und der Finger. Eine vermehrte Schweisssekretion oder eine Hypertrichosis könnten nicht festgestellt werden. Das linke Handgelenk weise eine ausgeprägte Druckdolenz ulnarseits auf. Es bestehe eine leichte Atrophie von Thenar und Hypothenar, auch die kleinen Handmuskeln würden etwas verschmächtigt erscheinen. Die Langfinger könnten nicht vollständig gestreckt werden und der Faustschluss sei knapp möglich, wobei allerdings ein deutlich proximaleres Einschlagen der Finger IV und V zu beobachten sei. Beim neurologischen Status wurde insbesondere eine Hyposensibilität im Ring- und Kleinfinger sowie an der ulnaren Seite des Mittelfingers festgestellt. Dr. G.____ stellte die orthopädischen Diagnosen eines Schulter-Arm-Syndroms links sowie eines CRPS Typ I (früher Morbus Sudeck) Stadium 2 der linken oberen Extremität. Die Beschwerdeführerin klagte über Schmerzen und Verlust von Beweglichkeit, Kraft und Sensibilität in der dominanten linken oberen Extremität. Das CRPS Typ I habe dazu geführt, dass die dominante obere Extremität in ihrer Einsetzbarkeit deutlich eingeschränkt sei. Reaktiv sei es zu einem Schulter-Arm-Syndrom gekommen; die linke Schulter sei in ihrer aktiven und passiven Beweglichkeit deutlich eingeschränkt und könne ebenfalls nur begrenzt eingesetzt werden. Unter



diesen Umständen sei es gerechtfertigt, davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin funktionell praktisch einarmig sei. Betroffen sei die dominante obere Extremität, das heisse, die Beschwerdeführerin müsse alle Tätigkeiten mit der ursprünglich adominanten Hand ausüben und könne die grundsätzlich dominante linke obere Extremität nur im Sinn einer Hilfs- und Zudienhand einsetzen. Daraus resultiere erfahrungsgemäss eine schwere Einschränkung in allen Tätigkeiten. Es müsse einerseits berücksichtigt werden, dass die adominante Hand feinmotorisch deutlich weniger geschickt sei. Andererseits könne die Beschwerdeführerin auch gut leidensangepasste, also rein einarmige Tätigkeiten nicht mit der gleichen Geschwindigkeit erledigen, wie es eine Person mit zwei funktionsfähigen Armen könne. Die Reaktionsfähigkeit sei ebenfalls vermindert, da der linke dominante Arm nicht kompensatorisch eingesetzt werden könne. Auch Arbeiten, die mit bestimmten, auch wenn unbelasteten, Stellungen des linken Arms verbunden seien, könnten nur begrenzt ausgeübt werden. Die Ausübung der angestammten, als mittelschwer einzuschätzenden Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar, weshalb hier eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. In einer leidensadaptierten Tätigkeit müsse auch von einer Einschränkung ausgegangen werden. Unter Berücksichtigung aller Einschränkungen erscheine eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit bei ganztägiger Arbeit zumutbar. Die Beschwerdeführerin sollte einerseits die Möglichkeit zu vermehrten und betriebsunüblichen Pausen haben und andererseits sollte ihrem verminderten Arbeitstempo Rücksicht getragen werden. Sinnvollerweise würde ein konkreter Arbeitsversuch die genaue Belastbarkeit testen.

3.3 Dr. G.____ stellte als orthopädische Diagnosen – wie oben erwähnt – ein Schulter-Arm-Syndrom links (M 54.12) sowie ein CRPS Typ I (früher Morbus Sudeck) Stadium 2 der linken oberen Extremität (M 89.09).

3.3.1 Als Schulter-Arm-Syndrom werden Schmerzen im Bereich des Halses, des Schultergürtels und der oberen Extremitäten (eventuell mit sensiblen und motorischen Ausfällen und vegetativ-trophischen Störungen) infolge Irritation oder Kompression von Wurzeln zervikaler Spinalnerven bezeichnet. Ursache bilden ein zervikaler Bandscheibenvorfall und/oder knöcherne degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS). Dieses Syndrom kann aber auch posttraumatisch z.B. nach einem Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule auftauchen (Pschyrembel,



Klinisches Wörterbuch 2011, 262. neu bearbeitete und erweiterte Auflage Berlin/New York 2010, S. 2265 unter "Zervikobrachialsyndrom"). Gemäss Dr. G.____ hat sich zunächst ein CRPS Typ I an der linken Hand entwickelt. Erst anschliessend sei es reaktiv zu einem Schulter-Arm-Syndrom gekommen. Das Schulter-Arm-Syndrom findet jedoch seinen Ursprung üblicherweise nicht in einer Handproblematik, sondern offenbar in Irritationen oder Kompressionen im Bereich der HWS. Ob sich im zervikalen Bereich ein organisch-strukturelles Korrelat für das Schulter-Arm-Syndrom finden lässt, wurde bis anhin nicht untersucht (auch nicht von Dr. J.____, Facharzt FMH Innere Medizin und Facharzt FMH Rheumatologie, Klinik Valens, der in seinem Bericht vom 10. Juni 2008 ein Schulter-Arm-Syndrom diagnostiziert hat; vgl. act. G 9.2 bzw. UV-act. 27) und ist daher noch durch bildgebende Verfahren zu eruieren.

3.3.2 Zur Diagnose eines CRPS Typ I werden die Budapest-Kriterien herangezogen, die sich mittlerweile etabliert haben (vgl. <<http://rheumatologie.universimed.com/artikel/komplexes-regionales-schmerzsyndrom-typ-1-crps-1>>, abgerufen am 25. Februar 2013): als Erstes steht ein zum auslösenden Ereignis disproportionaler Dauerschmerz. Die betroffene Person berichtet zudem über mindestens ein Syndrom in drei von vier der folgenden Kriterien:

- Sensibel: Hyperästhesie und/oder Allodynie
- Vasomotorisch: Temperaturdifferenz und/oder Hautverfärbungen und/oder asymmetrische Hautfarbe
- Sudomotorisch/Ödem: Ödem und/oder veränderte Sudomotorik und/oder asymmetrische Sudomotorik
- Motorisch/trophisch: Bewegungseinschränkung und/oder motorische Dysfunktion (Schwäche, Tremor, Dystonie) und/oder trophische Veränderungen (Nägel, Haare, Haut).

Des Weiteren ist anlässlich der Untersuchung mindestens ein Befund in zwei oder mehr der folgenden Kategorien vorhanden:

- Sensibel: Hyperalgesie und/oder Allodynie



St.Galler Gerichte

- Vasomotorisch: Temperaturdifferenz und/oder Hautverfärbungen und/oder asymmetrische Hautfarbe
- Sudomotorisch/Ödem: Ödem und/oder veränderte Sudomotorik und/oder asymmetrische Sudomotorik
- Motorisch/trophisch: Bewegungseinschränkung und/oder motorische Dysfunktion (Schwäche, Tremor, Dystonie) und/oder trophische Veränderungen (Nägel, Haare, Haut).

Zu guter Letzt darf es keine andere Diagnose geben, welche die Symptome und Befunde besser erklärt. Beim CRPS Typ I handelt es sich nämlich um eine Ausschlussdiagnose, die Liste der Differentialdiagnosen ist entsprechend dem breiten Manifestationsspektrum lang (<http://rheumatologie.universimed.com/artikel/komplexes-regionales-schmerzsyndrom-typ-1-crps-1>), abgerufen am 25. Februar 2013). Dr. G.____ hat bei seiner Diagnosestellung weder diese noch andere Kriterien (Kriterien der International Association for the Study of Pain [IASP]; Veldman-Kriterien; Kriterien von Bruehl) beigezogen. Wie er sonst zur Schlussfolgerung gelangt, es habe sich bei der Beschwerdeführerin ein CRPS Typ I entwickelt, ist aus dem Gutachten nicht ersichtlich und erscheint unklar. In den vorangegangenen, von der Suva eingeholten medizinischen Berichten wurde ein CRPS Typ I lediglich vermutet und keine sichere Diagnose gestellt (act. G 9.2; Suva-act. 27, 28, 37, 52, 58, 68, 93). Prof. D.____ vermutete in seinem Bericht vom 17. November 2009 zwar eine noch leichte Form eines CRPS als Ursache der angegebenen Schmerzen der linken Hand. Dies lasse sich neurographisch nicht eindeutig beweisen. Die Nerven seien neurographisch an sich intakt und es liege kein objektivierbares neurologisches Defizit vor. Auf dem neurologischen Fachgebiet bestünde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 54). Zudem lässt sich im Gutachten von Dr. G.____ keine Erklärung für die beim neurologischen Status erhobene Hyposensibilität im Ring- und Kleinfinger sowie an der ulnaren Seite des Mittelfingers finden. Dass die Hyposensibilität in einem allfälligen CRPS I begründet liegt, ist zu bezweifeln, da ein CRPS I sich gerade durch eine allfällige Hyperästhesie/Hyperalgesie (Überempfindlichkeit für Schmerz-, Temperatur- und Berührungsreize [im engeren Sinn nur für Berührungsreize]/gesteigerte Schmerzempfindlichkeit; Pschyrembel, a.a.O.,



S. 921) auszeichnet. Ob Dr. G.____ als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates überhaupt in der Lage war, neurologische Befunde (CRPS Typ I, Hyposensibilität im Ring- und Kleinfinger, sowie ulnare Seite des Mittelfingers) zu erheben und sich in kompetenter Weise zu neurologischen Defiziten zu äussern, ist ebenfalls fraglich. Zu guter Letzt widerspricht die von Dr. G.____ beschriebene funktionelle praktische Einarmigkeit seinen eigenen Erhebungen (vgl. insbesondere IV-act. 83/11/25 f., orthopädischer Status/Messprotokoll der oberen Extremitäten) und seiner Feststellung, die grundsätzlich dominante linke obere Extremität lasse sich "nur" im Sinne einer Hilfs- und Zudienhand einsetzen.

3.3.3 Dr. F.____ hat aus rein psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Krankheitswert erhoben. Hinweise auf eine Simulation oder Aggravation hätten sich zu keinem Zeitpunkt der Untersuchung gegeben und auch die psychosoziale Situation werde als angemessen und harmonisch geschildert.

3.3.4 Aufgrund der in den vorstehenden Erwägungen (vgl. E. 3.3.1 ff.) erwähnten Zweifel kann die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht gestützt auf das Gutachten vom 31. Juli 2010 von Dr. G.____ und Dr. F.____ erfolgen. Einerseits erscheinen weitere Abklärungen zum Schulter-Arm-Syndrom – insbesondere durch bildgebende Untersuchungen der HWS – angezeigt, andererseits ergibt sich auch hinsichtlich der von Dr. G.____ doch festgestellten Hyposensibilität im Ring- und Kleinfinger, sowie an der ulnaren Seite des Mittelfingers weiterer Abklärungsbedarf, vorzugsweise bei einem unabhängigen Neurologen. Unter Umständen ist auch eine erneute psychiatrische Begutachtung notwendig, da Dr. F.____ die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung lediglich deshalb nicht stellte, weil sie gestützt auf die Befunde von Dr. G.____ davon ausging, dass die Beschwerden aus somatischer Sicht nachvollziehbar seien.

3.4 Eine weitere Abklärung drängt sich somit unabhängig von den Ergebnissen der Observationen vom 7. und 8. März 2011 (IV-act. 105) und deren medizinischer Prüfung durch Dr. H.____ (IV-act. 90, 95, 116) auf. Dennoch ist von Amtes wegen zu prüfen, ob die Observation zulässig war; dies insbesondere deshalb, da sich bei Rückweisung der Sache zu weiteren Abklärungen auch die Frage stellt, ob bei erneuter Begutachtung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auch die



Observationsergebnisse zu berücksichtigen seien. Da eine Observation den grundrechtlichen Schutz der Privatsphäre (Art. 13 Abs. 1 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV; SR 101]) tangiert, bedarf sie einer gesetzlichen Grundlage, muss im öffentlichen Interesse liegen und verhältnismässig sein (Art. 36 Abs. 1-3 BV). Des Weiteren darf der Kerngehalt des Grundrechts durch eine Observation nicht angetastet werden (Art. 36 Abs. 4 BV).

3.4.1 Gemäss BGE 137 I 327 ergibt sich die hinreichende gesetzliche Grundlage für eine Observation aus Art. 43 i.V.m. Art. 28 Abs. 2 ATSG sowie aus Art. 59 Abs. 5 IVG (E. 5.1 und 5.2).

3.4.2 Das öffentliche Interesse an einer wirksamen Missbrauchsbekämpfung und der Aufdeckung bzw. Verhinderung von Versicherungsbetrug rechtfertigt die mit der Observation verbundene Einschränkung des Schutzes der Privatsphäre (BGE 137 I 327 E. 5.3). Vorliegend ist dieses Erfordernis zu bejahen, da bei dieser eher jungen Versicherten Leistungen der Invalidenversicherung (Invalidenrente und zwei Kinderrenten) gründend auf eine Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von 50% im Raum stehen.

3.4.3 Die Verhältnismässigkeitsprüfung hat unter den Gesichtspunkten der der Eignung, Erforderlichkeit und Zumutbarkeit (Verhältnismässigkeit im engeren Sinn) stattzufinden. Dass es sich bei der Observation um ein geeignetes Mittel handelt, um die versicherte Person bei der Ausübung alltäglicher Verrichtungen zu sehen, ist vorliegend unbestritten. Das Element der objektiven Gebotenheit der Observation verlangt, dass konkrete Anhaltspunkte vorliegen müssen, die Zweifel an den geäusserten gesundheitlichen Beschwerden oder der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit aufkommen lassen. Solche Anhaltspunkte können beispielsweise gegeben sein bei widersprüchlichem Verhalten der versicherten Person, oder wenn Zweifel an der Redlichkeit derselben bestehen (eventuell durch Angaben und Beobachtungen Dritter), bei Inkonsistenzen anlässlich der medizinischen Untersuchung, Aggravation, Simulation oder Selbstschädigung u.Ä. (BGE 137 I 327 E. 136 III 410 E. 4.2.1 mit Hinweis). Nach Einholung des bidisziplinären Gutachtens vom 31. Juli 2010 von Dr. G.____ und Dr. F.____ bestätigte der RAD-Arzt Dr. I.____ die Nachvollziehbarkeit der Schlussfolgerungen und bezeichnete das Gutachten als



umfassend, weshalb er die Einschränkung von 50% in einer adaptierten Tätigkeit übernahm (IV-act. 85). Gemäss Aktennotiz vom 22. September 2010 war die Versicherte als Vollerwerbstätige zu qualifizieren, da keine genügenden Gegenargumente bestünden (IV-act. 88). Im Leistungsprofil vom 7. Februar 2011 begründet Dr. H.____ die objektive Gebotenheit mit der auffälligen Vorgeschichte (IV-act. 90): eine banale Kontusion der linken Hand habe in einer psychosozial belastenden Situation eine Eskalation ärztlicher Massnahmen ausgelöst. Die Versicherte werde nach gut zwei Jahren vom Gutachter Dr. G.____ faktisch als funktionell einarmig bezeichnet. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bzw. ein psychiatrisches Leiden überhaupt werde fachärztlich ausgeschlossen. Ohne eigentlichen strukturellen Schaden werde von den Ärzten mittlerweile übereinstimmend ein gewisser (leichter) somatischer Schaden im Sinn eines somatisch abstützbaren Schmerzsyndroms (CRPS, neuropathischer Schmerz) angenommen. Die Versicherte erscheine motiviert für eine Arbeit. Zum Lokalbefund von Dr. G.____ sei festzustellen, dass es auch durch Nichtgebrauch und durch das (zu enge) Tragen einer Schiene zu einer Schwellung des Handrückens, muskulärer Rückbildung und gelenkiger Versteifung am Arm kommen könne. Aufgrund der Vorgeschichte und der geringen objektiven Befunde seien Zweifel an den ärztlich monierten funktionellen Auswirkungen (praktische Einarmigkeit) vorhanden. Weitere medizinische Untersuchungen könnten hier aber keine Klärung bringen und eine Observation, für die sich der Fall gut eigne, dränge sich auf.

3.4.4 Die Vorgeschichte und insbesondere die Tatsache, dass ein bagatelläres Ereignis (Kontusion der linken Hand bei Sturz von einer Treppe) ohne eigentliches objektiv-strukturelles Korrelat bei Ausschluss eines psychischen Leidens zwei Jahre später zu einer funktionellen Einarmigkeit geführt haben soll, boten hinreichende Anhaltspunkte für eine Observation. Insofern sind auch die Observationsergebnisse bei einer erneuten Begutachtung zu evaluieren, wobei festzuhalten ist, dass die Beschwerdeführerin in den Videosequenzen aus der Sicht eines medizinischen Laien nicht mehr als das von Dr. H.____ als zu erwartend beschriebene Verhalten an den Tag gelegt hat (braucht den linken dominanten Arm nur eingeschränkt, wodurch der Eindruck einer deutlichen Behinderung im Alltag entsteht; vermeidet kraftvollen Einsatz der linken Hand; Steifhaltung des linken Handgelenks; trägt Handschiene; mittelgradige Einschränkungen der Beweglichkeit im linken Schultergelenk) und Dr. H.____ als Hauptargument Zweifel an der behaupteten Linksdominanz vorbrachte (vgl. IV-act. 95).



Aufgrund der von Dr. H.____ vorgebrachten Zweifel könnte im Rahmen der noch vorzunehmenden Abklärungen auch die ursprüngliche Händigkeit der Versicherten ein für allemal geklärt werden.

4.

4.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 27. März 2012 (act. G 1.2) in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache ist zur weiteren Abklärung im Sinn der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss zwar als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2), allerdings erscheint im vorliegenden Fall - wo die Beschwerdeführerin eine Rente gestützt auf das Gutachten vom 31. Juli 2010 beantragte - eine Verteilung der Kosten auf beide Parteien sachgerechter. Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- haben die Beschwerdegegnerin im Umfang von Fr. 300.-- und die Beschwerdeführerin im Betrag von Fr. 300.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin daran angerechnet und im Umfang von Fr. 300.-- zurückerstattet.

4.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine anteilige Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise und ohne Rücksicht auf den Streitwert festzusetzen. Bei Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses erscheint eine Entschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:



St.Galler Gerichte

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 27. März 2012 aufgehoben und die Sache im Sinn der Erwägungen zur Durchführung ergänzender Abklärung und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- haben die Beschwerdegegnerin im Umfang von Fr. 300.-- und die Beschwerdeführerin im Betrag von Fr. 300.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin daran angerechnet und im Umfang von Fr. 300.-- zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.