

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/6 vom 31. Juli 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-07-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2016_6

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/6 du 31 juillet 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/6 del 31 luglio 2018

Regeste

Art. 28 IVG. Verwertbarkeit von Observationsergebnissen. Vorliegend sind die Überwachungsergebnisse verwertbar. Zudem kann in medizinischer Hinsicht auf das beweiskräftige Gutachten, welches noch unter der alten Rechtsprechung erfolgte, abgestellt werden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 31. Juli 2018, IV 2016/6). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_689/2018.

Erwägungen

E. 1

1.1 Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 1.2 Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) wird unter Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen 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). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach 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 IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. 1.3 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 (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten 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 sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

E. 2

2.1 Vorab ist zu prüfen, ob auf das vorhandene Aktenmaterial vollständig abgestellt werden kann. Vorliegend wurden erste Beobachtungen über die Beschwerdeführerin anlässlich der Observation ihres Ehemanns im Auftrag der Generali Allgemeine Versicherung gemacht. Gestützt auf diese „zufälligen“ Beobachtungen, beauftragte die Beschwerdegegnerin dieselbe Überwachungsfirma mit der Überwachung der Beschwerdeführerin. Die Beschwerdeführerin macht nun geltend, die Observationsunterlagen seien widerrechtlich und für die Sozialversicherung damit unverwertbar (act. G 20). Die Beschwerdegegnerin ist hingegen der Ansicht, die Observation sei rechtmässig erfolgt und die Verwertbarkeit zu bejahen (act. G 22).

2.2 Der EGMR entschied am 18. Oktober 2016 (Urteil 61838/10 i. S. Vukota-Bojic gegen Schweiz) betreffend einer Observation im Anwendungsbereich des UVG, auch wenn es sich um Observierungen auf öffentlichem Grund handelte, habe der Unfallversicherer in das Recht auf Achtung des Privatlebens eingegriffen, weil er Daten in systematischer Weise und für konkrete Zwecke erhoben habe. Es fehle eine hinsichtlich des Rechts- und Missbrauchsschutzes ausreichend bestimmte gesetzliche Grundlage, aus welcher hervorgehe, wann und für welche Dauer Observierungen vorgenommen oder wie die so erhobenen Daten aufbewahrt und verwendet werden dürften. Das Bundesgericht erkannte das Fehlen einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage auch im IVG. Mithin sei die Observation an und für sich rechtswidrig, das heisse in Verletzung von Art. 8 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK; SR 0.101) bzw. Art. 13 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) erfolgt (BGE 143 I 384, E. 4; vgl. auch Urteil vom 18. August 2017, 8C_69/2017, E. 4.1). Es stelle sich daher die von der Rechtswidrigkeit zu unterscheidende und nach schweizerischem Recht zu beurteilende Frage nach deren beweismässiger Verwertbarkeit (vgl. BGE 143 I 384, E. 5). Dafür sei hauptsächlich die Interessenabwägung zwischen privaten und öffentlichen Interessen massgebend (BGE 143 I 385 f., E. 5.1.1). Das öffentliche Interesse an der Überwachung liege in der Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs (Urteil des Bundesgerichts vom 14. November 2017, 9C_261/2017, E. 4.1 f. mit Verweisen) bzw. daran, dass keine nicht geschuldeten Leistungen erbracht würden, um die Gemeinschaft der Versicherten nicht zu schädigen (BGE 135 I 169, E. 5.5; BGE 137 I 327, E. 5.3). Die Verwertung der Observationsergebnisse sei - in Anbetracht auch der bald zu schaffenden ausreichenden gesetzlichen Grundlage - grundsätzlich zulässig, es sei denn, die privaten Interessen würden überwiegen (Urteile vom 14. Mai 2018, 9C_462/2017, E. 2.3, vom 9. Mai 2018, 8C_605/2017, E. 6.3, vom 18. Februar 2018, 8C_2/2018, E. 4.2, vom 25. April 2018, 9C_347/2017, E. 4.3, vom 26. Juli 2017, 8C_45/2017, E. 4.3.2 f.). Als auch aus dem Gebot der Verfahrensfairness abgeleitete Voraussetzungen der Verwertbarkeit ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu prüfen, ob die versicherte Person im öffentlichen Raum überwacht und nicht beeinflusst wurde, ein hinreichender Anfangsverdacht bestand und die versicherte Person nicht systematisch oder ständig überwacht wurde (BGE 143 I 385 E. 5.1.1). Einem absoluten Verwertungsverbot unterliegt Beweismaterial, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen wurde (BGE 143 I 386, E. 5.1.3; Urteile vom 14. Mai 2018, 9C_462/2017, E. 2.3, vom 9. Mai 2018, 8C_605/2017, E. 6.3,

vom 18. Februar 2018, 8C_2/2018, E. 4.2, vom 25. April 2018, 9C_347/2017, E. 4.3, vom 26. Juli 2017, 8C_45/2017, E. 4.3.2). 2.3 Vorliegend wurde die erste Observation, welche zugleich zum Anfangsverdacht für die eigene Observation durch die Beschwerdegegnerin führte, durch die Generali Allgemeine Versicherung als Privatversicherung veranlasst. Diese nimmt keine staatlichen Aufgaben wahr, ist demnach nicht an die Grundrechte gebunden (vgl. Art. 35 Abs. 2 BV) und der obgenannte Entscheid des EGMR ist nicht analog auf die vorliegende Situation anwendbar (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. und 27. Juli 2017, 6B_1241/2016, E. 1 und 4A_110/2017, E. 5.2). Allerdings ist eine vom Privatversicherer rechtskonform durchgeführte Observation im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren ausschliesslich dann zulässig, wenn die in Art. 36 BV geforderten Voraussetzungen für einen Grundrechtseingriff erfüllt sind (vgl. BGE 129 V 324, E. 3.3.3). Eine von Privatversicherungen veranlasste Observation kann die Privatsphäre von Versicherten wie auch deren Recht am eigenen Bild verletzen. Die Verletzung ist ebenfalls dann nicht widerrechtlich, wenn das öffentliche Interesse an der Verhinderung eines Versicherungsbetrugs das private Interesse des von der Observation Betroffenen auf Unversehrtheit seiner Persönlichkeit überwiegt (vgl. Art. 28 Abs. 2 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [ZGB; SR 210]). Bezüglich der Verwertbarkeit von Observationsergebnissen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2017, 4A_110/2017, E. 5.3 mit Verweis auf BGE 136 III 410, E. 2) hat das Bundesgericht im Wesentlichen die gleichen Kriterien als entscheidend erachtet, wie sie für die Zulässigkeit der Überwachung durch Sozialversicherungen massgebend sind. 2.4 Hinsichtlich des ausreichenden Anfangsverdachts führte das Bundesgericht in BGE 137 I 327, E. 5.4.2.1 aus, die objektive Gebotenheit der Überwachung erfordere das Vorliegen konkreter Anhaltspunkte, die Zweifel an den geäusserten gesundheitlichen Beschwerden oder der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit aufkommen liessen. Solche Anhaltspunkte könnten beispielsweise gegeben sein bei widersprüchlichem Verhalten, bei Zweifel an der Redlichkeit (eventuell durch Angaben und Beobachtungen Dritter), bei Inkonsistenzen anlässlich der medizinischen Untersuchung, sowie bei Aggravation, Simulation und Selbstschädigung. Diese Elemente können einzeln oder in Kombination zureichende Hinweise liefern, die zur objektiven Gebotenheit der Observation führen. 2.5 Anlass für die Observation der Beschwerdeführerin durch die Beschwerdegegnerin gaben hier die im Rahmen der Observation ihres Ehemannes durch die Generali Allgemeine Versicherung gewonnenen Beobachtungen. So konnte die Beschwerdeführerin beim Aufhängen der Wäsche, beim Autofahren und Fensterputzen gesehen werden (vgl. IV-act. 52-2f.). Sodann wurden bereits im Bericht der Rehaklinik Bellikon über das ambulante Assessment vom 18. August 2011 verschiedene Diskrepanzen festgehalten, so zwischen dem Fehlen einer relevanten klinischen Problematik im Bereich Hand oder Vorderarm und der schlechten Handkraft rechts, zwischen dem Ausmass der angegebenen Einschränkungen im Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit (PACT-Test) und den beobachteten funktionellen Fähigkeiten (Selbsteinschätzung erheblich zu tief) sowie zwischen den Handkraftwerten rechts beim einfachen statischen Test und beim Rapid Exchange Test (deutlich höhere Werte beim Rapid Exchange Test; IV-act. 2-10). Auch Dr. G. ___ hielt im Rahmen seiner Verlaufskontrolle am 20. Dezember 2011 fest, er habe den Eindruck gewonnen, es liege eine gewisse Aggravation vor (IV-act. 13-29). Gestützt auf das Observationsmaterial der Generali Allgemeine Versicherungen befand Dr. L. ___ mit Stellungnahme vom 12. Februar 2013, die Beschwerdeführerin zeige entgegen seinen Erwartungen ein überraschend hohes Aktivitätsniveau. Dagegen habe er einen sozialen

Rückzug erwartet. Auch könnten Einschränkungen der Beweglichkeit der Halswirbelsäule und überhaupt des Nacken-Schulter-Armbereichs etwa als Folge eines Schleudertraumas nicht einmal vermutet werden (IV-act. 53-2). Somit ist ein ausreichender Anfangsverdacht vorliegend zu bejahen. 2.6 Die Beschwerdeführerin wurde im Zeitraum von 30. Juni bis 19. August 2014 observiert, wobei sie nur an vier Tagen bei rückschlussfähigen Handlungen beobachtet werden konnte (IV-act. 94). Damit bewegt sich die Observation im Rahmen eines nicht schweren Grundrechtseingriffs. Es wurden keine Beobachtungen in einem ausschliesslich privat zugänglichen Raum erhoben oder der Privatsphäre zugehörige Tätigkeiten observiert. Weder eine Beeinflussung noch eine systematische, ständige Beobachtung liegen vor. Die Observation bestätigte jedoch die von Dr. L. ___ in der Stellungnahme vom 12. Februar 2013 aufgeführten Inkonsistenzen und Diskrepanzen. Auch Dr. N. ___ hielt in der Stellungnahme vom 23. September 2014 fest, dass die aktuelle Observation eine aktive Frau zeige, die ihren Haushalt inklusive Überkopftätigkeiten wie Wäsche aufhängen effizient erledige, so dass ihr noch genügend Zeit für allerlei soziale Aktivitäten bleibe. Sie wirke im Umgang mit anderen kommunikativ, keineswegs antriebsgehemmt, unkonzentriert oder freudlos. Die Beobachtungen würden sich mit einer höhergradigen Depression kaum vereinbaren lassen. Bei lebhafter Mimik und Gestik fänden sich keine positiven Anhaltspunkte für ein invalidisierendes Schmerzerleben. Die Gesichtsinervation sei symmetrisch ohne Hinweise auf eine Schädigung des Gesichtsnervs und die spontane Kopfbeweglichkeit sei entgegen den geltend gemachten Einschränkungen frei (IV-act. 95). Folglich erweist sich die Observation als geeignet und erforderlich, mit Bezug auf die geltend gemachten Einschränkungen weitere Erkenntnisse zu gewinnen, und die Verwertung von deren Ergebnissen trotz mangelhafter gesetzlicher Grundlage als insgesamt verhältnismässig.

E. 3

3.1 Somit ist nachfolgend zu prüfen, ob der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt und für die Rentenprüfung auf das psychiatrische Gutachten von med. pract. O. ___ abgestellt werden kann. 3.2 Das Bundesgericht hat am 3. Juni 2015 mit BGE 141 V 281 seine Rechtsprechung zu syndromalen bzw. organisch nicht objektivierbaren Beschwerdebildern geändert und festgehalten, diese seien mittels eines strukturierten Beweisverfahrens anhand massgeblicher Indikatoren zu beurteilen (BGE 141 V 294, E. 3.5 f.; BGE 143 V 415 f, E. 4.5.1 und BGE 143 V 429 E. 7.2). Die Begutachtung fand am 15. Mai und 9. Juni 2015 statt. Das Gutachten wurde am 6. Juli 2015 erstellt und die Gutachterin nahm darin bereits im Sinne der neuen Rechtsprechung Stellung (vgl. IV-act. 115-39). Somit steht einer Prüfung der massgeblichen Indikatoren nichts im Wege und es ist der Beweiswert des Gutachtens auf seinen Inhalt zu prüfen. 3.3 Die behandelnde Psychiaterin Dr. I. ___ schilderte die psychiatrischen Beschwerden der Beschwerdeführerin im Bericht vom 11. November 2015 folgendermassen: Zu Beginn der ambulanten Behandlung am 10. Februar 2012 habe die Beschwerdeführerin die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Flashbacks, emotionalem Rückzug, Gefühlsabstumpfung, Anhedonie sowie zeitweise auftretendem Vermeidungsverhalten (Angst vor dem Autofahren) erfüllt. Hinsichtlich dieser Symptome habe sie jedoch über eine Verbesserung im Sinne einer Teilremission berichtet. Gezwungenermassen müsse sie ihre Kinder immer zur Schule fahren, da ihr Ehemann auf Grund seines eigenen Leidens nicht immer in der Lage sei, die alltäglichen familiären Aufgaben zu erfüllen. Dennoch bestünden Restsymptome der posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne von geringem Interesse an sozialen Aktivitäten, schnelle Reizbarkeit bei geringen Belastungssituationen,

Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit. Vordergründig seien in den letzten Monaten Symptome im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode mit ausgeprägter Tagesmüdigkeit, rascher Erschöpfung, Energie- und Kraftlosigkeit, gedrückter oder gereizter Stimmung, deutliche Appetitverminderung, sozialem Rückzug, Interessenverlust und Anhedonie, Insuffizienzgefühle im Sinne einer Überforderung bei den geringsten alltäglichen Aufgaben aufgetreten. Die geschilderten Symptome würden weit über eine Dysthymia hinaus reichen, mittlerweile bestehe der Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung. Die Beschwerdeführerin sei bereits auf Grund einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome vom 19. März bis 19. April 2013 in stationärer Behandlung in der Klinik M. ___ gewesen. Aus Sicht der behandelnden Ärztin sei das Erlangen einer Arbeitsfähigkeit am freien Arbeitsmarkt auf Grund des bisherigen Verlaufs eher unwahrscheinlich (act. G 1.3).

3.4 Im Rahmen ihrer Begutachtung vom 15. Mai und 9. Juni 2015 hielt die Gutachterin med. pract. O. ___ fest, die Beschwerdeführerin habe sehr viel und schnell erzählt, weshalb sie sie wiederholt habe unterbrechen müssen, um ihre Angaben wortgetreu aufschreiben zu können. Bei diesen Unterbrechungen habe die Beschwerdeführerin keinerlei Mühe gehabt, den roten Faden wieder aufzunehmen, d.h. die Schilderungen exakt an der Stelle fortzusetzen, an der sie zuvor unterbrochen worden sei. Damit habe sich eine gute Aufmerksamkeit und Konzentration feststellen lassen (IV-act. 115-26). Sodann habe die Beschwerdeführerin bei Angabe von Müdigkeit und Erschöpfung nicht müde gewirkt, sondern sei während der gesamten dreistündigen Untersuchung gleichbleibend energisch und lebendig gewesen. Trotz Angabe von Konzentrationsstörungen hätten aktuell keine Konzentrationsstörungen festgestellt werden können. Auch hinsichtlich der angegebenen aktuellen Schmerzen (Kopf-, Nacken-, Schulter- und Muskelschmerzen) seien keine Anzeichen in Mimik, Gestik und Verhalten beobachtbar gewesen, welche auf eine aktuelle Schmerzsymptomatik hingedeutet hätten. Im Gegensatz zur Angabe einer stetigen Gewichtsreduktion habe aktuell ein normales Körpergewicht (bzw. auch ein höheres Körpergewicht als von ihr angegeben) festgestellt werden können. Eine Ängstlichkeit und/oder Panikattacken und/oder vegetative Angstkorrelate hätten ebenfalls aktuell nicht festgestellt werden können. Zudem habe sie sich gegenüber kritischen Fragen und Konfrontationen mit der Aktenlage gut behaupten können. Dabei sei sie resolut und ideenreich erschienen. Insgesamt habe sich eine deutliche Diskrepanz zwischen den Angaben der Beschwerdeführerin über ihre aktuellen Beschwerden und dem aktuell festgestellten weitgehend unauffälligen psychischen Befund ergeben (IV-act. 115-27). Med. pract. O. ___ sah gestützt auf ihren Untersuchungsbefund keine Diagnosen als gegeben, welche eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine hypochondrische Störung (ICD-10: F45.2), eine Dysthymia (ICD-10: F34.1), ein Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen Anteilen (ICD-10: Z73.1). Widersprüche hätten sich sodann hinsichtlich der berichteten „Panikattacken“ gezeigt. Während die Beschwerdeführerin am 15. Mai 2015 angegeben habe, diese dank erlernter Atemtechniken weitgehend gut meistern zu können und inzwischen damit keine Probleme mehr zu haben, habe sie am 9. Juni 2015 neu angegeben, „jeden Tag“ unter Panikattacken zu leiden. Des Weiteren seien von der Beschwerdeführerin Probleme mit den Augen mit einer Visus-Verschlechterung, Probleme mit Lärmbelastung bei Ohrgeräuschen sowie eine schlechte Konzentration und Vergesslichkeit angegeben worden. Diese Beschwerden hätten sich im Rahmen der aktuellen insgesamt dreieinhalbstündigen psychiatrischen Untersuchungen nicht

verifizieren lassen. Der psychopathologische Befund sei bei ihr weitgehend unauffällig gewesen. Auch mit dem Observationsbericht der Generali vom September 2012 und dem Observationsmaterial vom Sommer 2014 hätten sich die angegebenen Beschwerden nicht vereinbaren lassen. Insbesondere habe bei der Beschwerdeführerin keine relevante depressive Symptomatik im Sinne einer depressiven Episode festgestellt werden können. Es hätten auch keine relevanten Angst-Symptome bzw. keine Symptome einer PTBS festgestellt werden können, welche sich zu einem eigenständigen psychischen Krankheitsbild subsumieren liessen (IV-act. 115-31). Es hätten bei ihr allenfalls leichte dysthyme Schwankungen der psychischen Befindlichkeit vor dem Hintergrund eines neurotischen Konfliktes bei einer unbefriedigenden beruflichen und finanziellen Situation eruiert und festgestellt werden können. Bei einem aktuell weitgehend unauffälligen psychischen Befund seien bei der Beschwerdeführerin vor allem motivationale Faktoren und psychosoziale Belastungsfaktoren bei einem eigenwilligen subjektiven Krankheitskonzept in den Vordergrund gerückt. Die Gutachterin hielt zusammenfassend fest, dass bei der Beschwerdeführerin in diagnostischer Hinsicht eine hypochondrische Störung und eine Dysthymia auf dem Boden von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit histrionischen Anteilen vorlägen. Des Weiteren liege der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung vor. Aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht imponiere die Beschwerdeführerin vor allem mit einem eigenwilligen subjektiven Krankheitskonzept im Sinne einer Beschäftigung mit bzw. einer Überzeugung davon, an einer schweren Krankheit bzw. einer schweren körperlichen Schädigung zu leiden, die auf den Autounfall von 01/2011 zurückzuführen sei. Dabei würden die angegebenen körperlichen Beschwerden und das daraus resultierende Verhalten der Beschwerdeführerin einer hypochondrischen Störung nach ICD-10 entsprechen. Gemäss den diagnostischen Kriterien nach ICD-10 bestehe das vorherrschende Kennzeichen einer hypochondrischen Störung in „einer beharrlichen Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Erkrankungen zu leiden, manifestiert durch anhaltende körperliche Beschwerden oder anhaltende Beschäftigung mit den körperlichen Phänomenen. Normale oder allgemeine Körperwahrnehmungen und Symptome werden von der betreffenden Person oft als abnorm und belastend interpretiert.“ Die konkreten diagnostischen Kriterien einer hypochondrischen Störung gemäss der ICD-10 (Kriterien A, B, C) seien bei der Beschwerdeführerin erfüllt. Differentialdiagnostisch zog die Gutachterin eine Somatisierungsstörung in Betracht: Entsprechend den Kriterien nach ICD-10 liege bei der Beschwerdeführerin der Akzent (wie bei einer hypochondrischen Störung postuliert) jedoch mehr auf der Krankheit und ihren künftigen Folgen als auf den einzelnen Symptomen (IV-act. 115-32f.). Gestützt auf die Aktenlage hätten bereits vor dem Autounfall psychische und psychosomatische Auffälligkeiten bzw. unspezifische körperliche Beschwerden (laut Hausärztin „Schmerzüberempfindlichkeit, die sie ewig leiden liess“, auch Tinnitus und „Schwindel“) vorgelegen. Nach Aktenlage habe die Beschwerdeführerin schon Jahre vor dem Autounfall von 01/2011 wegen eines „Innenohrschwindels“ das psychopharmakologische Kombinationspräparat Deanxit eingenommen. Eine fachärztlich psychiatrische Abklärung der damaligen psychisch/psychosomatischen Auffälligkeiten habe aber vor 2011 nicht stattgefunden. Die vorliegenden leichten psychischen Beschwerden im Sinne von leichten depressiven Verstimmungen hätten sich als Dysthymia subsumieren lassen. In diesem Zusammenhang sei aus gutachterlicher Sicht festzuhalten, dass sich die von der Beschwerdeführerin angegebenen „schweren“ psychischen Beschwerden und Einschränkungen nicht hätten

verifizieren lassen. Das wesentliche Kennzeichen einer Dysthymia gemäss der ICD-10 sei die „langdauernde, depressive Verstimmung, die niemals oder nur selten ausgeprägt genug sei, um die Kriterien für eine rezidivierende leichte oder mittelgradige depressive Störung zu erfüllen. Bei Beginn im höheren Lebensalter trete die Störung häufig nach einer abgrenzbaren depressiven Episode, nach einem Trauerfall oder nach einer anderen offensichtlichen Belastung auf“. Bei der Beschwerdeführerin würden sich aktuell keine depressiven Symptome feststellen lassen, welche die diagnostischen Kriterien einer leichten oder mittelgradigen bzw. schweren depressiven Episode nach ICD-10 erfüllen würden (IV-act. 115-33).

3.5 Weiter führte med. pract. O. ___ aus, dass sich die anamnesticen Angaben der Beschwerdeführerin nicht mit dem Verlauf ihres psychiatrischen Klinikaufenthalts im Frühjahr 20__ vereinbaren liessen. So lasse sich die in der Klinik M. ___ diagnostizierte schwere depressive Episode nicht nachvollziehen. Die Ärzte der Klinik M. ___ hätten neben der schweren depressiven Episode eine posttraumatische Belastungsstörung und eine Somatisierungsstörung diagnostiziert. Vor dem Hintergrund des damals beschriebenen psychopathologischen Befundes lasse sich die PTBS aber nicht nachvollziehen, da im psychopathologischen Befund gar keine Symptome einer PTBS angegeben worden seien (IV-act. 115-35f.). Diese Diagnose sei lediglich auf der ersten Seite genannt worden. Ansonsten fänden sich weder im psychopathologischen Befund noch im Verlauf der vierwöchigen Behandlung Hinweise für das Vorliegen von Symptomen einer PTBS. Im psychopathologischen Befund würden gewisse depressive Symptome mit explizit zitierten subjektiven Beschwerden der Beschwerdeführerin vermischt. Dabei sei keine klare Unterscheidung zwischen den subjektiven Beschwerden und den festgestellten Symptomen erkennbar. Daher lasse sich aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht die Diagnose einer schweren depressiven Episode nicht nachvollziehen. Die im psychopathologischen Befund genannten depressiven Symptome würden die Kriterien einer schweren depressiven Episode nicht erfüllen. Auch der schriftlich festgehaltene Verlauf der stationären Behandlung liefere keine Hinweise für das Vorliegen einer schweren depressiven Episode nach der ICD-10. Vielmehr werde bei der Beschwerdeführerin eine hohe Anspruchshaltung an die behandelnden Ärzte beschrieben. So sei eine hohe Anspruchshaltung an andere und (ggf.) sich selbst aber kein depressives Symptom, sondern ein Hinweis auf einen neurotischen Konflikt und/oder Hinweis für persönlichkeitsstrukturelle Besonderheiten. Vorliegend gehe es um einen neurotischen Konflikt um Versorgung versus Autarkie, die von der Beschwerdeführerin externalisiert und somit während der stationären psychiatrischen Hospitalisation sichtbar geworden sei. Die von den Ärzten diagnostizierte Somatisierungsstörung lasse sich teilweise nachvollziehen. Sie gehöre zur Gruppe der somatoformen Störungen nach der ICD-10. Bei der Beschwerdeführerin lägen eindeutig somatoforme Störungen vor, wobei aus gutachterlicher Sicht der Akzent - wie dargestellt - weniger auf den einzelnen Symptomen/Beschwerden, sondern mehr auf der Krankheit bzw. dem subjektiven Krankheitskonzept und den künftigen Folgen liege, was der Diagnose einer hypochondrischen Störung nach der ICD-10 entspreche (IV-act. 115-36). Mit Verweis auf die von Dr. med. G. P. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Konsiliararzt der Suva, verfasste psychiatrische Beurteilung der Aktenlage vom 28. März 2014 (IV-act. 111-116ff.) zitierte med. pract. O. ___, der Suva-Arzt habe festgehalten, dass sich durch das Dossier eine gewisse Schwierigkeit ziehe, die bestehende dokumentierte Symptomatik und das Verhalten der Beschwerdeführerin zu erfassen; dies auch auf Grund des zum Teil widersprüchlichen Verhaltens. Dieses bestätigte die Gutachterin aus ihrer eigenen

Untersuchung. Demgegenüber befand sie die von Dr. P.____ im Rahmen seiner Untersuchung vom 11. April 2014 gestellte Diagnose eines depressiven Syndroms, leichter bis mittelgradiger Ausprägung, aktuell leichter Ausprägung auf dem Boden einer Anpassungsstörung nach Unfall und auf dem Boden einer histrionischen Persönlichkeit (ICD-10: F32.0; F43.2, F60.4), als nicht nachvollziehbar. Dies zumal bei der Beschwerdeführerin sowohl von der früheren Hausärztin Dr. D.____ als auch von den Ärzten der Rehaklinik Bellikon 08/2011 schon vor dem Unfall von 01/2011 („vorbestehende“) depressive und somatoforme Beschwerden einschliesslich einer psychopharmakologischen Behandlung (Deanxit) beschrieben worden seien. Bei den von der Beschwerdeführerin im April 2014 angegebenen somatischen Beschwerden ohne wesentliche somatische Korrelate fehlten - aus gutachterlicher Sicht bei der Beurteilung von Dr. P.____ eine entsprechende diagnostische Einschätzung bzw. differentialdiagnostische Überlegungen, dies auch vor dem Hintergrund des von ihm zuvor angegebenen „widersprüchlichen“ Verhaltens. Nachdem die ambulant behandelnde Psychiaterin Dr. I.____ gegenüber Dr. P.____ am 14. April 2014 von der Diagnose einer PTBS Abstand genommen habe, sei es nicht nachvollziehbar, dass sie dann doch diese Diagnose in ihrem Bericht an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom Mai 2014 angegeben habe. Auch sei die von Dr. I.____ im Mai 2014 diagnostizierte schwere depressive Episode nicht nachvollziehbar, zumal wenige Wochen zuvor Dr. P.____ „nur“ eine leichte depressive Symptomatik habe feststellen können. Weiter lasse sich auch die von der Psychiaterin im Mai 2014 anamnestisch aufgeführte deutliche Verschlechterung der psychischen Verfassung im Frühjahr 20__ als Grund für die erste psychiatrische Hospitalisation anhand des Austrittsberichts der Klinik M.____ von 08/20__ mit der umfassend dargestellten „Problematik bei Eintritt“ retrospektiv nicht bestätigen. Eine deutliche Verschlechterung der psychischen Verfassung sei von den Ärzten der Klinik M.____ so nicht beschrieben worden. Weiter sei hinsichtlich der von Dr. I.____ angegebenen Probleme in Bezug auf die medikamentöse psychopharmakologische Behandlung verwunderlich, dass die Beschwerdeführerin auf die ihr seit 2012 verordneten verschiedenen psychopharmakologischen Präparate mit raschen Unverträglichkeiten reagiert haben sollte, nachdem sie - gemäss Aktenlage - vor dem Autounfall 2011 bei wesentlich geringeren (?) Beschwerden mehrere Jahre das Kombinationspräparat Deanxit (bestehend aus einem Antidepressivum und einem Neuroleptikum) wohl ohne Probleme eingenommen habe. Ebenfalls nicht nachvollziehbar sei, dass Dr. I.____ bei der von ihr neu im Mai 2014 diagnostizierten schweren depressiven Episode keine Modifikation hinsichtlich einer adäquaten Medikation und hinsichtlich des Behandlungssettings vorgenommen habe. Die von ihr weiterhin unverändert durchgeführte niederfrequente ambulante Gesprächstherapie entspreche nicht den Leitlinien der Fachgesellschaften (SGPP; DGPPN) zur Behandlung von schweren depressiven Episoden. Bei einer solchen wären zumindest eine engmaschige ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und eine intensive antidepressive Behandlung erforderlich. Es könne (daher) angenommen werden, dass die Psychiaterin die depressiven Symptome der Beschwerdeführerin nicht als so schwerwiegend eingeschätzt habe, dass sie bei ihr eine adäquate Behandlung für erforderlich erachtet und entsprechend umgesetzt hätte. Schliesslich sei der Bericht von Dr. I.____ an die Suva von Oktober 2014 im Wortlaut identisch mit ihrem Bericht an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin von Mai 2014. Aus gutachterlicher Sicht sei es jedoch nicht nachvollziehbar, dass die Ärztin nach weiteren fünf Monaten ambulanter Behandlung keinerlei neue Aspekte (z.B. zu Beschwerden, Symptomen, zum Verlauf und zur Behandlung) zu berichten gehabt habe (IV-act).

115-36ff.). 3.6 Schliesslich führte die Gutachterin mit Bezug auf die Indikatorenprüfung (Funktioneller Schweregrad/Gesundheitsschädigung, Behandlungserfolg/-resistenzen, Komplex der Persönlichkeit, Konzept der "komplexen" Ich-Funktionen, Sozialer Kontakt, Konsistenz der Fähigkeitsstörungen und Inanspruchnahme therapeutischer Optionen) konkret aus, dass funktionelle Einschränkungen von der Beschwerdeführerin zwar angegeben würden, sie sich aber in der psychiatrischen Untersuchung nicht hätten objektivieren lassen. Das ermittelte psychische und psychosoziale Funktionsniveau sei nicht beeinträchtigt. Eine relevante Gesundheitsschädigung liege nicht vor. Bei den aufgeführten psychischen Störungen handle es sich aus rein psychiatrischer Sicht um sehr leichte psychische Störungen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Für einen Behandlungserfolg im Rahmen einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung seien ein ausreichender Leidensdruck, eine Behandlungsmotivation (und Compliance) und eine gewisse Introspektionsfähigkeit bedeutsam. Ein Leidensdruck sei bei der Beschwerdeführerin vor allem in Bezug auf psychosoziale Faktoren erkennbar. Eine Behandlungsmotivation müsse bei ihr hinterfragt werden. Die aktuelle Behandlung entspreche - unter Berücksichtigung der von der behandelnden Psychiaterin angegebenen Diagnosen - nicht den Leitlinien der Fachgesellschaften (SGPP, DGPPN). Die Psychiaterin habe ein Behandlungssetting für sehr leichte, psychische Störungen, seit längerer Zeit sogar ohne Medikation gewählt. Somit habe sie die von der Gutachterin gestellten leichten psychischen Diagnosen indirekt bestätigt. Hinsichtlich der empfohlenen beruflichen Eingliederungsmassnahmen seien die Eingliederungsmotivation und Kooperation der Beschwerdeführerin bereits von den Ärzten der Rehaklinik Bellikon 08/2011 hinterfragt worden. Somit seien deutliche Behandlungsresistenzen festzustellen. Es bestünden akzentuierte Persönlichkeitszüge, die jedoch vorbestehend seit spätestens der Adoleszenz seien und auch bisher die Arbeitsfähigkeit nicht relevant eingeschränkt hätten. Die komplexen Ich-Funktionen (Selbst-/Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Affektsteuerung, Impulskontrolle und Antrieb) seien nicht relevant eingeschränkt. Es liessen sich zahlreiche Ressourcen feststellen, wozu auf den psychischen Befund verwiesen werde. Die Beschwerdeführerin pflege nach wie vor viele soziale Kontakte, wie dies der Aktenlage einschliesslich des Observationsmaterials zu entnehmen sei. Weiter bestehe - wie oben erwähnt - keine Konsistenz der Fähigkeitsstörungen. Zudem erscheine der tatsächliche Leidensdruck eher gering und betreffe - wie erwähnt - vor allem psychosoziale Belastungsfaktoren und den Wunsch nach finanzieller Absicherung. Die Beschwerdeführerin nehme nur eine niederfrequente ambulante psychiatrische Behandlung wahr. Eine kontinuierliche und konsequente psychopharmakologische Behandlung habe seit 2012 nicht stattgefunden. Es könne angenommen werden, dass eine konsequente psychopharmakologische Behandlung auch nicht erforderlich gewesen sei. Durch die Diskussion der Standardindikatoren könne keine ausreichende Schwere der psychischen Symptomatik belegt werden (IV-act. 115-39f.). 3.7 Zusammenfassend kam die Gutachterin zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin aus rein psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und der Leistungsfähigkeit bestünden. Es würden sich vielmehr gute Ressourcen in Form von guten kognitiven Fähigkeiten einschliesslich einer guten Konzentration und Aufmerksamkeit, guten sozialen Fähigkeiten sowie in Form einer guten Ausdauer und eines guten Durchhaltevermögens bei der Wahrnehmung eigener Interessen feststellen lassen (IV-act. 115-40). 3.8 Das Gutachten von med. pract. O.____ beruht auf eigenständigen Abklärungen und ist für die streitigen Belange umfassend. Insbesondere verschaffte sich die Gutachterin ein Bild über die Ressourcen und

Einschränkungen der Beschwerdeführerin und hat zu den massgeblichen Indikatoren gemäss neuer Rechtsprechung nachvollziehbar Stellung genommen. Die medizinischen Vorakten wurden sodann verwertet und Abweichungen zu den behandelnden Ärzten sowie zu Dr. P. ___ diskutiert und begründet. Ebenso wurden die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden berücksichtigt und gewürdigt. Auch Dr. N. ___ beurteilte das Gutachten als sorgfältig und umfassend aufgearbeitet (vgl. IV-act. 116-2). Es besteht somit kein Anlass, von der bescheinigten vollen Arbeitsfähigkeit abzuweichen. 3.9 Auch den mit der Beschwerdebegründung eingereichten Berichten von Dr. med. Q. ___, Facharzt FMH für Neurologie, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. September 2015, von Dr. med. R. ___, Augenarzt/Ophthalmochirurgie FMH, vom 21. September 2015 und Dr. med. I. ___, Fachärztin für Psychiatrie, vom 11. November 2015 (vgl. act. G 9.1.1-3) sind keine Hinweise zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert hätte, gewisse Einschränkungen nicht berücksichtigt worden wären oder sich weitere somatische sowie psychiatrische Abklärungen aufdrängen würden. Frühere Beurteilungen von Dr. I. ___ wurden von der Gutachterin abschliessend einbezogen und gewürdigt. Zudem sind die von Dr. Q. ___ und Dr. R. ___ geschilderten Befunde sowie die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Einschränkungen nicht derart, dass sie eine höhergradige, rentenrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingen könnten. Folglich bleibt es bei der gutachterlichen Einschätzung.

E. 4

Gestützt auf die vorliegenden Akten ist somit eine volle Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin selbst in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin (in der Reinigung bzw. der Spezialreinigung) nachvollziehbar. Damit ist eine Invalidität zu verneinen und das Rentengesuch abzuweisen.

E. 5

5.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 26. November 2015 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. 5.2 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. act. G 12) ist sie von der Bezahlung zu befreien. 5.3 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 (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin reichte am 20. Juni 2018 eine Kostennote in Höhe von insgesamt Fr. 5'382.20 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) ein (act. G 28). Mit Schreiben vom 26. Juni 2018 teilte er mit, die ungekürzte Kostennote betrage Fr. 6'727.80 (vgl. act. G 30). Mit Blick auf die in vergleichbaren Fällen üblicherweise bezahlte Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- erscheint der geltend gemachte Aufwand als übersetzt. In der Verwaltungsrechtspflege sind sodann keine Entschädigung nach Stunden, sondern Pauschalen vorgesehen. Der Bedeutung und der Schwierigkeit der Streitsache angemessen

erscheint unter Berücksichtigung des zu beurteilenden mehrjährigen Verlaufs, des Observationsmaterials und des umfangreichen Aktenmaterials eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 3'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. 5.4 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 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin wird zufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- befreit. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 3'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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