

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/267 vom 10. Oktober 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-10-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_267

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/267 du 10 octobre 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/267 del 10 ottobre 2019

Regeste

Art. 8 EMRK, Art. 28 und 15 ff. IVG, Art. 7 f. ATSG; Verwertbarkeit von illegal erhobenen Observationsmaterial in einem späteren IV-Verfahren. Beweiswert eines monodisziplinären Gutachtens. Keine Notwendigkeit zum Beizug weiterer Fachärzte (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Oktober 2019, IV 2017/267).

Volltext

Entscheid vom 10. Oktober 2019 Besetzung Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichts-schreiberin Felicia Sterren Geschäftsnr. IV 2017/267 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. oec. Fritz Dahinden, Blumenbergplatz 1, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand IV-Leistungen Sachverhalt A.____ meldete sich nach einem Verkehrsunfall, bei dem sie einen Bruch der Elle, der Speiche und der Gelenkskugel im Ellbogen erlitten hatte, am 18. Dezember 1986 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (vgl. IV-act. 1, 2-1 und 10-1). Die IV-Stelle sprach ihr am 8. Juni 1989 ab 1. April 1987 eine ganze und am 7. Juni 1990 ab 1. Oktober 1987 eine halbe Invalidenrente zu (IV-act. 39 und 63). Zwischen 1991 und 2011 wurden sechs Rentenrevisionen durchgeführt, wobei jeweils keine rentenbeeinflussenden Änderungen festgestellt wurden (IV-act. 66, 70, 72, 80, 82, 88, 92, 96, 103, 111, 112 und 118). Aufgrund einer anonymen Meldung, wonach die Versicherte seit Oktober 2011 zu 100% wirte (IV-act. 120; vgl. auch IV-act. 122) liess die IV-Stelle die Versicherte observieren und leitete ein Revisionsverfahren ein (vgl. IV-act. 125 und 128). Mit medizinischer Stellungnahme vom 22. Mai 2012 kam Dr. med. B.____ von der IV-Stelle gestützt auf den Observationsbericht vom 16. Mai 2012 (IV-act. 137) zum Schluss, die Versicherte könne insbesondere Tätigkeiten mit öffentlicher Exponierung wie z.B. Wirtin in einem grösseren Betrieb oder in der Rezeption eines Hotels vollschichtig ausüben (IV-act. 138). Im November 2012 kündigte die Versicherte den Pachtvertrag für ihr Lokal, da sie sich seit der Observation nicht mehr sicher fühle und wegen der anonymen Meldung zu ihren Gästen kein Vertrauen mehr habe (IV-act. 151). Mit Verfügung vom 3. Juni 2013 stellte die IV-Stelle die Invalidenrente per 31. Juli 2013 ein. Die IV-Stelle anerkenne die Einschränkungen und Schmerzen der Versicherten. Es sei aber offensichtlich, dass sie gelernt habe, viele Einschränkungen zu kompensieren (IV-act. 160). Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft (vgl. IV-act. 164). Mit Sprechstundenbericht vom 3. März 2014 berichtete Prof. Dr. med. C.____, Schulterchirurgie der Klinik D.____, das Röntgen habe eine offensichtlich massive fortgeschrittene Arthrose des Ellbogens mit

Fusion proximal radioulnar nach Radiusköpfchenresektion ergeben. Die Versicherte habe erstaunlicherweise fast keine Beschwerden am Ellbogen. Sie müsse aufwendige Ausweichbewegungen machen, um die fehlende Pro-/Supination zu kompensieren. Sie habe zwar eine 80%-Stelle in einer Cafeteria in einem Altersheim gefunden, es sei aber nachvollziehbar, dass sie damit Schwierigkeiten habe, wenngleich nicht im Ellbogen sondern in den anschliessenden Gelenken (IV-act. 161). Am 27. Juni 2016 meldete die Versicherte sich wegen Einschränkungen des rechten Arms und Rückenschmerzen erneut zum Bezug von Leistungen bei der IV-Stelle an (IV-act. 165). Sie war am 17. Februar 2016 am Rücken operiert worden (vgl. act. G4.2/3-3). Mit Brief vom 24. Juni 2016 bzw. 1. Juli 2016 beschrieb der Arbeitgeber der Versicherten, das Alters- und Pflegeheim E.____, die Versicherte, welche seit dem 1. Mai 2014 zu 60%, seit 1. Januar 2015 zu 70% als Mitarbeiterin in der Hauswirtschaft angestellt sei, als sehr einsatzfreudig, fröhlich, engagiert und äusserst arbeitswillig. Sie leide aber immer wieder an Schmerzen, seit ca. Oktober 2015 immer mehr auch im Rücken. Schliesslich habe sie sich wegen ihres Rückens in ärztliche Behandlung begeben und sei im Februar 2016 operiert worden. Zwar arbeite sie seit dem 1. April 2016 wieder, jedoch nur halbtags mit eingeschränkter Leistung (vgl. IV-act. 166, 168 und 171). Am 4. Juli 2016 berichtete Dr. med. F.____, Facharzt Neurochirurgie / Schmerztherapie, in zwei verschiedenen Berichten, bei eindeutig bestehendem radikulärem Reizsyndrom S1 rechtsseitig bei bestehender Diskushernie L5/S1 rechtsseitig sei die Indikation zur operativen Sanierung gestellt worden. Zusätzlich bestehe eine fortgeschrittene Facettengelenksarthrose mit Gelenkserguss in den Segmenten L3/4 und L4/5. Vorherrschend sei aktuell nicht der radikuläre Schmerz, sondern der tieflumbale Rückenschmerz. Aktuell sei die Versicherte zu 50% arbeitsunfähig bei einer deutlich reduzierten Arbeitsleistung. Eine Tätigkeit in der Hauswirtschaft sei nicht realistisch (IV-act. 173 und 187-25). Im Strategieprotokoll vom 12. September 2016 wurde vermerkt, beim Arbeitgeber bestehe die Möglichkeit einer Umplatzierung in den Bereich "Aktivierung". Dies würde einer optimal adaptierten Tätigkeit entsprechen (IV-act. 184). Als Massnahme zum Arbeitsplatzert halt übernahm die IV-Stelle die Kosten für einen Kurs des Schweizerischen Roten Kreuzes (IV-act. 191 ff., insbesondere IV-act. 194). Mit Stellungnahme vom 20. Oktober 2016 äusserte RAD-Ärztin Dr. med. H.____, radiologisch zeige sich keine Befundänderung in den Segmenten L1-L5 im Vergleich zur Voruntersuchung 11/15, keine Nervenwurzelkompressionen. Im Segment L5/S1 seien postoperativ narbige Veränderungen sichtbar, jedoch ohne sichere Beeinträchtigung der Nervenwurzel S1 rechts. Es handle sich um eine Problematik des Bewegungsapparates, wobei nicht allein die lokalen LWS-Beschwerden zu berücksichtigen seien, sondern auch die Ausweichbewegungen des Oberkörpers bei posttraumatischer Ellbogenarthrose und -versteifung rechts. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei daher eine monodisziplinäre orthopädische Begutachtung angezeigt (IV-act. 197). Nachdem der Kollektiv-Krankenversicherer des Arbeitgebers der Versicherten eine medizinische Untersuchung veranlasst hatte (act. G4.2/3-17), stellten Dr. med. I.____, MAS BA, MAS VM, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Sportmedizin SGSM, Manuelle Medizin SAMM, und PD Dr. med. J.____, MSc, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation / Rheumatologie, von der Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG (nachfolgend: AEH) mit Bericht vom 7. November 2016 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes Syndrom bds. fest. Die Versicherte habe bezüglich ihrer Arm-Unfallfolgen rechts ohne Ausfälle gearbeitet (act. G4.2/4-2). Es fehle der Versicherten an muskulärer Stabilisierungsfähigkeit und

Belastbarkeit der Wirbelsäule. Die derzeit ausgeführte angepasste Tätigkeit (35% Leistung) im E.____ sei zumutbar. Zumutbar wäre in dieser Tätigkeit auch eine Leistung von 50% bezogen auf eine 100%ige Tätigkeit. Auch für eine anderweitige adaptierte Tätigkeit sei die Versicherte als arbeitsfähig zu erachten. Anlässlich der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) sei die Leistungsbereitschaft nicht zuverlässig und die Konsistenz schlecht gewesen. Es habe ein schmerzbedingtes Schonverhalten und eine erhebliche Selbstlimitierung beobachtet werden können (vgl. act. G4.2/4). Am 16. November 2016 informierte die IV-Stelle die Versicherte, dass sie zur Klärung der Leistungsansprüche eine medizinische Untersuchung (Orthopädie) als notwendig erachte und Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädie FMH, beauftragen werde (IV-act. 199). Mit Gutachten vom 17. Januar 2017 stellte Dr. K.____ von der Medizinisches Gutachtenzentrum Region St. Gallen GmbH (nachfolgend: MGS) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Pseudocervicobrachialgie rechts bei Osteochondrose C5/6 mit Spondylarthrose und Diskusprotrusion sowie mässiger foraminaler Einengung rechts mehr als links ohne sichere Nervenwurzelkompression; Bewegungseinschränkung des rechten Ellbogens mit Arthrose und Synostose zwischen Radius und Ulna proximal nach mehrfacher Operation 1986/1987; Pseudolumboischialgie beidseits bei Narbenbildung im Bereich der Nervenwurzel S1 rechts nach Interlaminotomien L5/S1 rechts mit Flavektomie, Recessotomie, Sequestrektomie und Teildiskektomie 02/2016 (IV-act. 204-9 f.). Das Ausmass der Nackenschmerzen und der subjektiven Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit könne aufgrund der abnormen Untersuchungsbefunde der HWS und dem MRI-Befund, wo lediglich eine Osteochondrose mit Spondylarthrose und Diskusprotrusion mit leichten foraminalen Engen sichtbar sei, nicht vollumfänglich objektiviert werden. Bei unsicherer Nervenwurzelkompression C5/6 könne die bei der Untersuchung angegebene Hyposensibilität des gesamten rechten Arms nicht erklärt werden, ebenso wie die beklagten wechselnden Dysästhesien sämtlicher Finger. Die Bewegungseinschränkung des rechten Ellbogens sei anlässlich der körperlichen Untersuchung bestätigt und mit der radiologisch nachgewiesenen Synostose proximal zwischen Radius und Ulna mit Arthrose nachvollziehbar. Die lumbalen Schmerzen und die pathologischen objektiven Befunde der LWS könnten nur teilweise auf die im MRI nachgewiesene Narbenbildung im Bereich der Nervenwurzel S1 nach Interlaminotomien L5/S1 rechts mit Flavektomie, Recessotomie, Sequestrektomie und Teildiskektomie zurückgeführt werden. Die Ausstrahlung der Schmerzen könne nicht plausibilisiert werden (IV-act. 204-11). In der angestammten Tätigkeit bzw. als Hauswirtschaftsangestellte bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50% bei voller Stundenpräsenz (IV-act. 204-12 f.). Eine leidensadaptierte, mithin körperlich leichte Tätigkeit in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufig inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen und ohne Beanspruchung des rechten Arms, könne seit 05/2012 bei voller Stundenpräsenz zu 100% zugemutet werden (Arbeitsunfähigkeit 0%; IV-act. 204-13). Am 27. März 2017 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass kein Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen bestehe, da sie in einer adaptierten Tätigkeit 100% arbeitsfähig sei, sie sich selbst aber nicht als mehr als 35% arbeitsfähig einschätze (IV-act. 215). Mit Vorbescheid vom 7. April 2017 stellte sie ihr die Ablehnung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 220). Gegen diesen Vorbescheid sowie gegen die Mitteilung vom 27. März 2017 erhob die Versicherte, nun vertreten durch Rechtsanwalt Fritz Dahinden, am 30. Mai 2017 Einwand. Sie leide an einem komplexen Beschwerdebild und hätte zwingend polydisziplinär begutachtet werden müssen. Für die aktuell ausgeübte und jede andere

angepasste Tätigkeit bestehe nur noch eine Arbeitsfähigkeit von 35%. Unter Berücksichtigung der grundsätzlich unbestrittenen Valideneinkommen von Fr. 59'024.-- und Invalideneinkommen von Fr. 18'827.60 (35% von Fr. 53'793.--) resultiere damit ein Invaliditätsgrad von 68%. Gleichzeitig stellte die Versicherte ein Gesuch um Wiedererwägung der Verfügung vom 3. Juni 2013. Die Observation im Jahre 2012 sei in Verletzung von Art. 8 Abs. 1 EMRK erfolgt. Die Videoaufnahmen würden die von ihr geschilderten Beschwerden und Einschränkungen in keiner Weise widerlegen. Bei korrekter medizinischer Beurteilung wäre ohne Weiteres erkennbar gewesen, dass die massiven Armverletzungen, die fortgeschrittene Arthrose sowie die durch Fehlbelastungen entstandenen cervikalen Beschwerden noch immer erhebliche Einschränkungen bewirkten (IV-act. 227-1 ff.). Ihrem Einwand legte die Versicherte unter anderem den definitiven Austrittsbericht des RehaZentrums L.____ vom 10. Mai 2017 bei. Darin wird festgehalten, dass die Versicherte vom behandelnden Neurochirurgen Dr. F.____ zur Schmerztherapie zugewiesen wurde. Sie habe mit deutlich verbesserter Belastbarkeit entlassen werden können. Die Anforderungen ihres Arbeitsplatzes müssten den aktuell noch reduzierten Fähigkeiten und Belastbarkeit angepasst werden (IV-act. 227-18 ff.). Zudem reichte die Versicherte eine Stellungnahme Dr. F.____s vom 26. Mai 2017 zum Gutachten Dr. K.____s ein. Dr. F.____ hielt fest, sämtliche Befunde bezüglich der durch den Ellbogen hervorgerufenen Einschränkungen inklusive der von der Versicherten beklagten neurologischen Störung würden aus dem Jahre 2012 datieren. Es handle sich um degenerative Erkrankungen, welche durch die Problematik im Ellbogen beschleunigt würden. Um eine adäquate Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands überhaupt angeben zu können, müsste man die Bildgebung aktualisieren und bei bestehenden neurologischen Störungen eine neurologische Begutachtung inklusive Elektrophysiologie durchführen. Aus seiner Sicht sei die Versicherte nur zu 35% arbeitsfähig (IV-act. 227-30 f.). Mit Verfügung vom 12. Juni 2017 wies die IV-Stelle das Gesuch um Invalidenrente und berufliche Massnahmen ab. Zur Begründung führte sie aus, das Gutachten der AEH vom 20./21. Oktober 2016 bestätige eine volle Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit. Dabei habe die EFL-Abklärung nicht verwertet werden können, weil die Versicherte schmerzbedingtes Schonverhalten sowie Selbstlimitierung gezeigt habe. Das MGSG-Gutachten vom 17. Januar 2017 attestiere eine volle Arbeitsfähigkeit. Dies sei vom RAD als schlüssig befunden worden. In der Gesamtschau sei der Gesundheitszustand umfassend geprüft worden, weshalb sich weitere Abklärungen erübrigten. Bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit sei die Versicherte in der Stellensuche nicht beeinträchtigt, sodass kein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe (IV-act. 229). Mit Schreiben vom 4. Juli 2017 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, auf ihr Wiedererwägungsgesuch werde nicht eingetreten (IV-act. 235). Gegen die Verfügung vom 12. Juni 2017 erhob A.____ am 13. Juli 2017 Beschwerde und beantragt deren Aufhebung. Ihr sei mindestens eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Eventuell sei die Streitsache zur Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Subeventuell sei die Beschwerdegegnerin, soweit für angepasste Tätigkeiten eine höhere Arbeitsfähigkeit als 35% bestehen sollte, zu verpflichten, berufliche Massnahmen zu gewähren. Ihr sei für die Kosten der Rechtsvertretung eine angemessene ausseramtliche Entschädigung zuzusprechen. Die über Jahre hinweg erfolgten Ausweichbewegungen und Fehlbelastungen wegen der Armbeschwerden hätten zu Folgeerscheinungen im HWS-, Nacken- und Schulterbereich geführt. Auch die Rückenbeschwerden dürften zumindest teilweise darauf zurückzuführen sein. Im MGSG-Gutachten und in der AEH-Beurteilung

seien die Armbeschwerden nur am Rande gewürdigt worden. Im Ergebnis sei einfach die Folgerung des RAD aus der Observation übernommen worden. Dabei sei übersehen worden, dass schon kurze Zeit nach der Observation vom Teamleiter Schulterchirurgie der Klinik D.____ (Prof. C.____) erhebliche Arm- und Ellbogenbefunde erhoben und auch entsprechende Einschränkungen festgestellt worden seien. Für die 2012 durchgeführte Observation habe keine Rechtsgrundlage bestanden. Die Beschwerdegegnerin wäre deshalb verpflichtet gewesen, die Observationsdokumente aus den Akten zu entfernen, damit eine rechtskonforme Begutachtung möglich gewesen wäre. Die Observations-Aufnahmen seien ohnehin weitgehend belanglos. Daraus zu schliessen, die Beschwerdeführerin habe die Tätigkeit als Wirtin oder auch eine andere Tätigkeit fast uneingeschränkt ausüben können, gehe nicht an. Bei korrekter medizinischer Beurteilung wäre jedenfalls ohne Weiteres erkennbar gewesen, dass noch immer erhebliche Einschränkungen vorhanden gewesen seien. Dem MGSG-Gutachten und der AEH-Beurteilung müsse aber auch deshalb der Beweiswert abgesprochen werden, weil massgebliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden seien, nämlich der im Dezember 2016 / Januar 2017 durchgeführte Arbeitsversuch, der wegen exazerbierender Beschwerden habe abgebrochen werden müssen, und die Behandlung im RehaZentrum L.____ vom 16. Februar bis 15. März 2017, wo trotz umfassender Therapie die Arbeitsfähigkeit nicht habe gesteigert werden können. Auch hätte ein Arm- und Schulter spezialist beigezogen werden und eine polydisziplinäre (zusätzlich neurologische und psychiatrische) Begutachtung stattfinden müssen. Die Buckelfehlstellung des Nackens habe sich zwischenzeitlich stark ausgeweitet. Die im MGSG-Gutachten getroffene Annahme einer vollen Arbeitsfähigkeit stehe auch in einem unauflösbaren Widerspruch zu den Beurteilungen der behandelnden Ärzte. Insgesamt sei ausgewiesen, dass für eine angepasste Tätigkeit lediglich noch eine Arbeitsfähigkeit von 35% bestehe. Damit resultiere ein Invaliditätsgrad von 68%. Der Antrag auf Zusprechung einer Teilrente sei damit ausgewiesen. Die AEH-Beurteilung sei im Auftrag eines privaten Krankentaggeldversicherers erfolgt und enthalte keine Begutachtung. Die in ihr erhobenen Vorwürfe betreffend fraglicher Leistungsbereitschaft und ungenügender Konsistenz würden der Grundlage entbehren. Offenbar hätten die Therapeuten des AEH die Komplexität des Beschwerdebildes verkannt (act. G1). Mit Beschwerdeantwort vom 26. Oktober 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Der RAD habe die Ellbogenproblematik erkannt und es als medizinisch genügend erachtet, dies durch einen Orthopäden abklären zu lassen. Ein Orthopäde beschäftige sich gerade mit der Erkrankung des Bewegungsapparates. Der Ellbogenproblematik werde im MGSG-Gutachten genug Raum eingeräumt. Sie sei auch in die Schlussfolgerungen und Arbeitsfähigkeitsschätzung eingeflossen. Der Fokus im RehaZentrum L.____ sei auf die Schmerztherapie gerichtet gewesen, deshalb könne auf deren Arbeitsfähigkeitsschätzung zum Vornherein nicht abgestellt werden. Beim "Arbeitsversuch" von Dezember 2016 bis Januar 2017 habe es sich um eine freiwillige Umplatzierung durch den Arbeitgeber in seinem Betrieb gehandelt. Ein solcher Versuch werde wesentlich durch subjektive Faktoren der Beschwerdeführerin (Schmerzen, Motivation, Willenskraft) mitbestimmt. Die Beschwerdeführerin sei neurologisch nicht auffällig gewesen. Eine psychische Einschränkung der Beschwerdeführerin sei aus den Akten nicht ersichtlich. Nur das RehaZentrum L.____ bringe psychosoziale Belastungen vor. Der MGSG-Gutachter habe sich nicht von den Unterlagen aus der Observation beeinflussen lassen. Er habe sich streng an den ihm zur Verfügung gestellten medizinischen Akten und an der persönlichen Untersuchung orientiert. Nur ein Behandler habe eine Arbeitsfähigkeit im Umfang von 35% attestiert. Diese Schätzung

beziehe sich auf die für die Beschwerdeführerin nicht geeignete Stelle als Hauswirtschftsangestellte. In einer angepassten Stelle könne sie ein Pensum von 100% erreichen (act. G4). Mit Replik vom 22. Januar 2018 macht die Beschwerdeführerin geltend, die Ellbogenproblematik hätte von einem spezialisierten Facharzt beurteilt werden müssen, da sie auf einer schweren Armverletzung mit offener Ellbogenfraktur basiere und bereits kurze Zeit nach der Renteneinstellung wieder schwerwiegende Diagnosen erhoben und erhebliche Einschränkungen, namentlich eine massive posttraumatische Arthrose am Ellbogen, aufwendige Ausweichbewegungen, Hals- und Nackenbeschwerden und Buckel-Fehlstellung des Nackens festgestellt worden seien. Die Beurteilung sei dabei vom ausgewiesenen Spezialisten Prof. C.____ vorgenommen worden. Für die Begutachtung hätte zumindest ein vergleichbarer Spezialist beigezogen werden müssen. Zudem hätte sich auch eine polydisziplinäre Begutachtung aufgedrängt. Die Arbeitsfähigkeit habe trotz Reha und Arbeitsversuch nicht gesteigert werden können. Solche Fakten hätten im Rahmen der Begutachtung gewürdigt werden müssen. Die Befunde "degenerative LWS-Veränderungen in den Segmenten L3/5, L4/5 und L5/1" sowie "fluktuierendes radikuläres Reizsyndrom S1 rechts" seien von einem Neurochirurgen erhoben worden. Schon das RehaZentrum L.____ habe auf die psychische Belastung hingewiesen. Die Beschwerdeführerin habe sich in psychiatrische Behandlung begeben. Dabei sei eine reaktive depressive Episode, zu Beginn der Behandlung mittelschwer, mit berichteter Suizidalität diagnostiziert worden. Auch sei festgestellt worden, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr in der Lage sei, ein höheres Arbeitspensum als 35% zu erfüllen. Schon der Schulter- und Ellbogenspezialist habe Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit beschrieben. Vom Rückenspezialisten sowie auch von der Psychiaterin sei festgestellt worden, dass die Beschwerdeführerin nur noch ein Arbeitspensum von 35% zu erfüllen vermöge. Dies betreffe auch eine adaptierte Tätigkeit. Die Arbeitsfähigkeit von 35% sei damit ausgewiesen (act. G8). Ihrer Replik legte die Beschwerdeführerin insbesondere den Bericht von Dr. med. M.____, Spezialärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und N.____ M.Sc, Psychologin, vom 16. Januar 2018 bei. Aus diesem Bericht geht hervor, dass die Beschwerdeführerin seit 3. August 2017 bei der delegiert arbeitenden Psychologin N.____ in der Praxis von Dr. M.____ in Behandlung ist. Die Beschwerdegegnerin reicht keine Duplik ein (vgl. act. G9 und G10). In Ergänzung zur Replik reicht die Beschwerdeführerin am 17. Oktober 2018 zwei Verlaufsberichte des behandelnden Neurochirurgen Dr. F.____ vom 6. August und 26. September 2018 sowie ein Arztzeugnis vom 28. Mai 2018 ein. Aus diesen Berichten gehe hervor, dass sie mit dem Arbeitspensum von 35% an der Grenze der Belastbarkeit angelangt sei. Ein höheres Pensum wäre auch für jede andere den Beschwerden angepasste Tätigkeit nicht realistisch. Psychiatrisch habe sich keine Verbesserung des Gesundheitszustands ergeben. Es würden weiterhin wöchentliche Einzeltherapien stattfinden (act. G11 mit Beilagen). Am 27. November 2018 reichte die Beschwerdeführerin einen Befundbericht über ein MRT der HWS und den Verlaufsbericht des behandelnden Neurochirurgen ein. Der Neurochirurg habe auf eine foraminale Diskushernie C5/6 links mit deutlicher Kompression der Nervenwurzel C6 foraminal hingewiesen. Die nun festgestellten HWS-Befunde würden mit dem Sprechstundenbericht der Schulterchirurgie der Klinik D.____ aus dem Jahr 2014 übereinstimmen (act. G13). Erwägungen Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch

durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). 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). 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 mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Zwischen den Parteien streitig ist die Entfernung der Unterlagen betreffend Observation aus dem Jahr 2012 aus den Akten. Die Verfügung vom 3. Juni 2013 ist, das ist den Parteien bewusst, in Rechtskraft erwachsen. Auf diese ist nicht zurückzukommen. Das Bundesgericht befürwortet in Revisionsverfahren indes eine in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassende ("allseitige") Prüfung, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Oktober 2014, 9C_378/2014, E. 4.2 mit Hinweisen). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin hat sich mit Eintritt des Rückenleidens dergestalt verändert, dass auf die Wiederanmeldung eingetreten wurde (vgl. IV-act. 176-2). Wegen der vom Bundesgericht vorgegebenen allseitigen Prüfungspflicht ist damit auch zu beurteilen, ob das Observationsmaterial für das am 27. Juni 2016 wieder angemeldete Verfahren verwertet werden darf. Für die von der Beschwerdegegnerin veranlasste Observation fehlte die gesetzliche Grundlage, womit die Observationsergebnisse unrechtmässig erhoben worden sind (siehe bezüglich der Konventionswidrigkeit das Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte in Sachen Vukota-Bojic gegen Schweiz, Urteil no. 61838/10, vom 18. Oktober 2016, und zur Verfassungswidrigkeit den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 6. Dezember 2016, IV 2016/145, E. 3, insoweit bestätigt im Urteil des Bundesgerichts vom 18. August 2017, 8C_69/2017, E. 5). Was die Verwertbarkeit illegal beschaffter Beweismittel anbelangt, so ist das Bundesgericht im Wesentlichen zur Auffassung gelangt, dass von der IV-Stelle in Auftrag gegebenes, illegal beschafftes Observationsmaterial grundsätzlich verwertbar sei, sofern die Überwachung aufgrund ausgewiesener Zweifel eingeleitet sowie im öffentlich einsehbaren Raum erfolgt sei und die versicherte Person

keiner systematischen oder ständigen Überwachung ausgesetzt gewesen sei. Von einem absoluten Verwertungsverbot sei insoweit auszugehen, als es sich um Beweismaterial handelt, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen wurde (BGE 143 I 377 E. 5.1 ff. mit Hinweisen; bestätigt etwa im Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2017, 9C_328/2017). Das Bundesgericht räumt dem Interesse des Sozialversicherers und der Versichertengemeinschaft an der Verhinderung unrechtmässiger Leistungsbezüge eine vorrangige Stellung in der Interessenabwägung ein (BGE 143 I 377 E. 5.1.2; Thomas Gächter/Michael E. Meier, Rechtswidrige Observationen in der IV - Verwertbarkeit der Observationserkenntnisse, Bemerkungen zum Leitentscheid 9C_806/2016 vom 14. Juli 2017, in: Jusletter vom 14. August 2017, Rz 104). Diese Rechtsprechung wird in der Lehre mit überzeugenden Argumenten in Frage gestellt (Gächter/Meier, a.a.O., insbesondere Rz 96 ff.). Wie in der Lehre für die Prüfung der Verwertbarkeit illegal beschafften Beweismaterials gefordert, ist im Rahmen einer ergebnisoffenen, umfassenden Interessenabwägung auch den Schutzinteressen der verletzten Rechtsgüter gebührend Rechnung zu tragen. Die verletzten Rechtsgüter sind einerseits die Privatsphäre der versicherten Person (Art. 13 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV; SR 101]; Art. 8 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten [EMRK; SR 0.101]) und andererseits auch das Legalitätsprinzip (Art. 5 Abs. 1 BV) als solches (Gächter/Meier, a.a.O., Rz 104; siehe zum Ganzen beispielhaft den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 14. Dezember 2018, IV 2017/5, E. 2.1 ff.). Die Observation muss gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung objektiv geboten sein. Damit ist gemeint, 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. Diese Elemente können einzeln oder in Kombination zureichende Hinweise liefern, die zur objektiven Gebotenheit der Observation führen (vgl. BGE 143 I 377 E. 5.1 i.V.m. BGE 137 I 327 E. 5.4.2.1). Vorliegend hatte die Beschwerdegegnerin am 16. Dezember 2011 einen schriftlichen anonymen Hinweis erhalten, wonach die Beschwerdeführerin seit Oktober 2011 ein Lokal gepachtet habe und selber wirte (IV-act. 120). Die Gemeindekanzlei O.____ bestätigte der Beschwerdegegnerin, dass die Beschwerdeführerin per 1. Oktober 2011 das Café P.____ gepachtet habe (IV-act. 122). Die anonyme Meldung wirkte daher grundsätzlich verlässlich. Die Beschwerdeführerin hatte die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit als Wirtin der Beschwerdegegnerin nicht gemeldet, obschon sie anlässlich der letzten Rentenrevision am 27. Juni 2011 explizit auf ihre Meldepflicht, insbesondere bezüglich Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, hingewiesen worden war (IV-act. 118). Gemäss der anonymen Meldung war sie den ganzen Tag über (von 8:30 bis mindestens 22:00 Uhr) im Café anwesend und wirtete (IV-act. 120). Der RAD-Arzt Dr. B.____ ging zwar von erheblichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin in der Arbeitsfähigkeit aus, da sie aber immer motiviert gewesen sei, könne sie als Wirtin unter Umständen voll aktiv sein. Die Auswirkungen einer Einhändigkeit auf die manuelle Arbeitsfähigkeit seien schwer zu bestimmen. Oft resultiere eine etwas willkürliche "medizinisch-theoretische" Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 123). Es bestanden somit Zweifel an der tatsächlichen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin. Die Beschwerdegegnerin durfte davon

ausgehen, dass eine unauffällige Beobachtung der alltäglichen Verrichtungen der Beschwerdeführerin im Restaurantbetrieb eine zuverlässigere Einschätzung der bestehenden Leistungsbeeinträchtigungen ermöglichen würde als eine angekündigte Abklärung innerhalb des sozialversicherungsrechtlichen Kontexts. Die Observation erfolgte lediglich an einzelnen Tagen innerhalb relativ kurzer Zeiträume (vgl. Observationsbericht vom 16. Mai 2012, IV-act. 137). Sie erfasste das Verhalten der Beschwerdeführerin im öffentlichen Raum im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, nachdem das Bundesgericht alles zum öffentlichen Raum zählt, was allgemein zugänglich ist, namentlich auch Restaurants. Massgeblich ist, dass sich die versicherte Person an einem Ort aufhält, welcher für die breite Öffentlichkeit zugänglich ist. Demgegenüber bildet beispielsweise der Innenbereich des Hauses, in dem die versicherte Person wohnt (auch dessen Treppenhaus oder Waschküche), keinen ohne Weiteres öffentlich frei einsehbaren Raum. Eine darin erfolgte Observation wäre deshalb unzulässig (Urteile des Bundesgerichts vom 15. Mai 2019, 8C_837/2018, E. 5.1 und vom 9. März 2012, 8C_830/2011, E. 6.4). Demnach ist derjenige Teil des Lokals der Beschwerdeführerin, welcher den Gästen zugänglich und für sie offen einsehbar war, als öffentlicher Raum zu qualifizieren. Nur in diesem Bereich wurde die Beschwerdeführerin gefilmt. Sie wurde weder in ihrer eigenen Wohnung noch bei einer dem Geheimbereich zuzuordnenden Tätigkeit im öffentlichen Raum überwacht. Auf ihr Verhalten nahmen die Abklärungspersonen sodann keinen Einfluss. Unter diesen Umständen war die Observation verhältnismässig (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Januar 2019, 8C_689/2018, E. 4.1 f.). Im Rahmen der Prüfung des neuen Leistungsgesuchs ist damit kein überzeugender Grund ersichtlich, weshalb die in die frühere Leistungsprüfung eingeflossenen Observationserkenntnisse nunmehr aus den Akten zu entfernen und bei späteren Leistungsprüfungen gänzlich ausser Acht zu lassen wären. Die Observationsunterlagen und damit zusammenhängenden Aktenstücke sind insbesondere deshalb für die Beschwerdegegnerin und die medizinischen Fachpersonen relevant, als sie erklären, weshalb die Invalidenrente der Beschwerdeführerin 2013 aufgehoben wurde. Ein überwiegendes privates Interesse an der vollständigen Entfernung des Beweismittels ist nicht auszumachen. Es ist anzumerken, dass weder der Observationsbericht noch die Stellungnahme Dr. B.____s in der AEH-Beurteilung erwähnt werden. Insbesondere erscheint nichts davon in der Anamnese (act. G4.2/4-6). Dennoch kamen die beurteilenden ärztlichen Fachpersonen zum Ergebnis, dass die Beschwerdeführerin nach einer gesamtheitlichen, multimodalen Schmerztherapie in einem stationären Kontext durch Auftrainieren der Rückenmuskulatur wieder ihre Arbeitsfähigkeit von 70% in der ursprünglichen Tätigkeit in der Hauswirtschaft des E.____s erreichen könnte und in einer adaptierten Tätigkeit arbeitsfähig sei (vgl. act. G4.2/4-4 f.). Auch Dr. K.____ nimmt keinen Bezug auf den Observationsbericht. Er hat die Stellungnahme Dr. B.____s zwar im Aktenauszug zusammengefasst (IV-act. 204-3), bezieht sich aber in der Folge nicht explizit darauf. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin übernimmt er jedenfalls nicht einfach Dr. B.____s Einschätzung. Die Beschwerdeführerin bringt vor, die Ellbogenproblematik hätte von einem Spezialisten wie Prof. C.____ beurteilt werden müssen. Gemäss dem Medizinalberuferegister (einsehbar unter www.medregom.admin.ch) verfügt Prof. C.____ über den Weiterbildungstitel "Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates". Über denselben Weiterbildungstitel verfügt auch der MGSG-Gutachter Dr. K.____. Er ist somit mit Blick auf seine Aus- und Weiterbildung ebenso wie Prof. C.____ qualifiziert, sowohl das Wirbelsäulen- wie auch das Ellbogenleiden der Beschwerdeführerin in orthopädischer Hinsicht umfassend zu beurteilen.

Anhaltspunkte, welche seine Fachqualifikation in Frage stellen würden, ergeben sich keine. Die Beschwerdeführerin legt denn auch nicht substantiiert dar, weshalb Dr. K. ___ aus fachlicher Sicht generell nicht in der Lage wäre, die in das Fachgebiet der Orthopädie fallenden Ellbogen- und Folgeschäden lege artis zu beurteilen. Ein Anspruch, von einem innerhalb seines Fachgebiets weiter spezialisierten Arzt begutachtet zu werden, besteht grundsätzlich nicht. Keiner der behandelnden ärztlichen Fachpersonen brachte überzeugende Argumente vor, weshalb für die Beurteilung der Ellbogen- und Schulterproblematik eine Person mit zusätzlichen Qualifikationen oder Erfahrungen erforderlich wäre. Insofern ist das MGSG-Gutachten deshalb nicht zu beanstanden. Die Beschwerdeführerin rügt, sie hätte polydisziplinär begutachtet werden müssen, namentlich auch psychiatrisch und neurologisch. Dr. B. ___ ging in seiner Stellungnahme vom 22. Mai 2012 davon aus, dass die Beschwerdeführerin "psychisch völlig normal" sei (IV-act. 138). Eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit bis zu jenem Zeitpunkt wird denn auch nicht geltend gemacht. Erstmals mit dem psychiatrischen Bericht vom 16. Januar 2018 (act. G8.2) wird vorgebracht, die Beschwerdeführerin habe wegen der Observation durch die Beschwerdegegnerin "einen schweren psychischen Zusammenbruch" erlitten (act. G8.2-4). Die Beschwerdeführerin hatte schon im Jahr 2012 gegenüber der Beschwerdegegnerin geäußert, seit der anonymen Meldung und der Observation habe sie kein Vertrauen mehr zu den Gästen, fühle sich nicht mehr sicher und werde deshalb das Lokal aufgeben (vgl. IV-act. 146 und IV-act. 151). Dass sie deshalb einen schweren psychischen Zusammenbruch erlitten hätte, kann jedoch anhand der vorliegenden Unterlagen nicht nachvollzogen werden. Einerseits liegen diesbezüglich keine Arztberichte, Arztzeugnisse oder Nachweise über eine medikamentöse Behandlung bei den Akten, und bezüglich einer Therapie hält der psychiatrische Bericht fest, die Beschwerdeführerin sei zuvor noch nie in psychotherapeutischer Behandlung gewesen. Diese begann sie erst am 3. August 2017, mithin kurz nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung (act. G8.2-3). Andererseits ergibt sich aus den Akten, dass die Beschwerdeführerin 2014 zu mindestens 80% arbeitsfähig war (vgl. Sprechstundenbericht Prof. C. ___ vom 3. März 2014, wonach die Beschwerdeführerin eine Anstellung mit einem Pensum von 80% in einer Cafeteria in einem Altersheim hatte, sowie den Lebenslauf der Beschwerdeführerin, wonach sie 2013 Saison-Aushilfe bei Q. ___ war, IV-act. 161 und 207), was ebenfalls gegen einen schweren psychischen Zusammenbruch von rentenrelevanter Dauer spricht. Auch schilderte das E. ___ die Beschwerdeführerin als fröhlich (IV-act. 171) und im RehaZentrum L. ___ wurde im Jahr 2017 festgehalten, es sei kein Rückzug aus sozialen Kontakten ersichtlich. Die Beschwerdeführerin habe gute Kontakte innerhalb der Familie und dem Freundeskreis. Sie würde sich "vom Gemüt nicht gehen lassen" (IV-act. 227-19 und 227-23). Eine psychiatrische Begutachtung wegen eines allfälligen Schmerzsyndroms (der MGSG-Gutachter schrieb, die Schmerzen könnten nur teilweise plausibilisiert werden, IV-act. 204-11; Dr. F. ___ diagnostizierte unter anderem ein sekundäres lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei beginnender Segmentdegeneration L4/5 und L5/S1 mit diskreter Facettengelenksarthrose und Gelenkserguss, IV-act. 173) drängte sich ebenfalls nicht auf. Die Beschwerdeführerin nahm bezüglich der Schmerzen keine Medikamente, jedenfalls nicht auf regelmässiger Basis (siehe hierzu IV-act. 145-4, 204-5 und 204-7 sowie act. G1.16 und G4.2/4-4). Zudem wurde in der AEH-Beurteilung zum Ausdruck gebracht, dass mit einer Schmerztherapie und dem Training der Muskulatur eine deutliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bewirkt werden könnte. Die Schmerzen wurden mithin (noch) nicht als chronisch eingestuft (vgl. act. G4.2/4-4). Tatsächlich wird

denn auch im definitiven Austrittsbericht des RehaZentrums L.____ festgehalten, das Schmerzerleben der Beschwerdeführerin habe während des Aufenthalts von VAS 8/10 auf VAS 2/10 verbessert werden können (IV-act. 227-20). Auch wenn vorliegend nur der Sachverhalt bis zum Verfügungszeitpunkt zu berücksichtigen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. November 2018, 8C_562/2018, E. 3.2), fällt auf, dass im psychiatrischen Bericht vom 16. Januar 2018 einzig die Diagnose einer depressiven Episode, nicht aber jene eines Schmerzsyndroms gestellt und die Schmerzen der Beschwerdeführerin kaum thematisiert wurden (vgl. act. G8.2). Somit bestand für die Beschwerdegegnerin kein Anlass, die Beschwerdeführerin psychiatrisch begutachten zu lassen. Sollte sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 12. Juni 2017 verschlechtert haben, steht es ihr frei, sich diesbezüglich bei der Beschwerdegegnerin neu anzumelden. Hinweise auf eine neurologische Problematik bei der Beschwerdeführerin finden sich in den Akten nur am Rande. So berichtete die Beschwerdeführerin beispielsweise über ein Kribbeln in den Fingern und beklagte Schmerzen, die sich nicht vollständig objektivieren liessen (vgl. IV-act. 204-11). Dr. F.____ attestierte ihr zudem ein radikuläres Reizsyndrom S1 rechts (IV-act. 173). Gegen eine Notwendigkeit einer neurologischen Begutachtung spricht, dass neurologische Ausfälle betreffend Ellbogen infolge des Verkehrsunfalls von 1986 nicht festgestellt wurden und anlässlich der Begutachtung 1988 ebenfalls nicht nachweisbar waren (IV-act. 32-5). Zudem hielt Dr. F.____ am 4. Juli 2016 fest, vorherrschend sei nicht der radikuläre Schmerz, sondern der tieflumbale Rückenschmerz (IV-act. 187-25). Gemäss AEH-Beurteilung vom 7. November 2016 lag bei der Beschwerdeführerin sodann klinisch keine radikuläre Problematik vor, weder eine sensible noch eine motorische Ausfallproblematik (act. G4.2/4-4). Eine Verlaufs-MRI am 7. Juli 2016 habe keine Hinweise für eine neue Nervenkompression gezeigt (act. G4.4-2) Auch die behandelnden ärztlichen Fachpersonen, insbesondere Dr. F.____, haben keine Unterlagen ins Recht gelegt, welche eine neurologisch bedingte Arbeitsunfähigkeit und damit eine entsprechende Begutachtung nahelegen würden. Hinzu kommt, dass offenbar weder die an der AEH-Beurteilung beteiligten Fachleute noch der MGSG-Gutachter oder die RAD-Ärztin den Beizug eines Neurologen für erforderlich hielten. Dr. H.____ hielt gestützt auf den Bericht des MRI LWS und ISG vom 7. Juli 2016 fest, es zeigten sich keine Nervenwurzelkompressionen und keine sichere Beeinträchtigung der Nervenwurzel S1 rechts (IV-act. 197). Auch Dr. K.____ sprach lediglich von einer mässigen foraminalen Einengung rechts mehr als links ohne sichere Nervenwurzelkompression (IV-act. 204-9). Zudem äusserte er sich auch zum Kribbeln in den Fingern und erklärte, dieses könne bei unsicherer Nervenwurzelkompression nicht erklärt werden (IV-act. 204-11). Somit war eine Begutachtung durch einen Neurologen nicht erforderlich. Daran vermag auch die Stellungnahme Dr. F.____s vom 26. Mai 2017 (IV-act. 227-30 f.) nichts zu ändern. Nach dem Gesagten reichte es aus, dass die Beschwerdegegnerin ein monodisziplinäres Gutachten in Auftrag gab. Eine polydisziplinäre Begutachtung war nicht zwingend erforderlich. Die Beschwerdeführerin rügt, ihre Armbeschwerden seien in der AEH-Beurteilung und im MGSG-Gutachten nur am Rande gewürdigt worden. Dem kann nicht zugestimmt werden. Es ist unstrittig, dass die Unfallverletzung von 1986 zu Folgeschäden auch im Schulterbereich geführt hat. Schon Dr. B.____ hielt mit Stellungnahme vom 16. Januar 2012 fest, dass sich der Zustand des Ellbogengelenks wegen der Sekundärarthrose funktionell verschlechtert und sich ein sekundäres, somatisch abstützbares Schulterarmsyndrom entwickelt haben dürfte (IV-act. 123-2). Die Beschwerdegegnerin war sich dessen denn auch bewusst, stellte aber

im Juni 2013 dennoch fest, dass sich die Beschwerdeführerin an ihre Leiden angepasst habe und in einer adaptierten Tätigkeit weitgehend arbeitsfähig sei (IV-act. 160). Dr. B. ___ regte auch an, die Möglichkeit einer Prothese nochmals zu prüfen (IV-act. 123-2). Der von der Beschwerdeführerin als Spezialist genannte Prof. C. ___ prüfte wohl auch deshalb die Option einer Ellbogenprothetik, kam aber in seinem Bericht vom 3. März 2014 zum Schluss, dies sei kein sicherer Weg, die Beschwerden zu verbessern. Insofern sah er keine Indikation für ein chirurgisches Vorgehen am Ellbogen. Prof. C. ___ hat also nicht unerwartete neue Befunde erhoben, wie die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde impliziert. Er stellte im Übrigen ebenfalls fest, die Beschwerdeführerin komme erstaunlich gut zurecht und habe erstaunlicherweise fast keine Beschwerden am Ellbogen (IV-act. 161). Die Beschwerdeführerin arbeitete ab Mai 2014 zu 60% und ab Januar 2015 zu 70% als Mitarbeiterin in der Hauswirtschaft im E. ___ (IV-act. 171-1), mithin in einer schlecht adaptierten Tätigkeit (Reinigungsarbeiten, Tätigkeiten in der Wäscherei und im Speisesaal, wobei die Beschwerdeführerin oft stehend arbeiten und Gewichte, teilweise mit beiden Händen, heben musste; vgl. IV-act. 186-4 und 171 sowie act. G4.2/4-12). Auch das zeigt, dass sie durch die gesundheitliche Beeinträchtigung am Arm in einer adaptierten Tätigkeit nicht oder jedenfalls kaum eingeschränkt gewesen wäre. Ursache für den Eintritt der späteren Arbeitsunfähigkeit waren die seit Oktober 2015 zunehmenden Rückenschmerzen und eine entsprechende Rückenoperation (vgl. IV-act. 171-1). Die Armbeschwerden standen nach wie vor im Hintergrund. Auch Dr. F. ___ legte am 4. Juli 2016 den Fokus auf den tieflumbalen Rückenschmerz (IV-act. 187-25). Anlässlich der AEH-Beurteilung gab die Beschwerdeführerin ebenfalls an, bezüglich der Unfallfolgen sei nichts Neues eingetreten. Derzeit sei sie wegen der Rückenbeschwerden arbeitsunfähig (act. G4.2/4-2). Der MGSG-Gutachter hatte den rechten Ellbogen sodann untersucht und auch die diesbezüglichen Akten berücksichtigt. Dementsprechend schrieb er in seinem Gutachten, die Bewegungseinschränkung des Ellbogens sei bestätigt und nachvollziehbar (IV-act. 204-11). Er äusserte auch, die Prognose sei eher ungünstig (IV-act. 204-13), was der degenerativen Erkrankung der Beschwerdeführerin Rechnung trägt. Zudem hielt er fest, eigentliche Schmerzen im rechten Ellbogen seien verneint worden (IV-act. 204-4. Später griff er die Thematik wieder auf, indem er zu den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin schrieb: "(...) einfach alles führe zu Schmerzen in der Wirbelsäule sowie im rechten Ellbogen, obwohl sie in der Anamnese explizit angab, keine Schmerzen im rechten Ellbogen zu haben."; IV-act. 204-6). Nach dem Gesagten wurden die Armbeschwerden der Beschwerdeführerin im MGSG-Gutachten hinreichend berücksichtigt. Weitere Abklärungen bezüglich Ellbogen waren nicht erforderlich. Die Beschwerdeführerin bringt vor, die MGSG-Einschätzung der Arbeitsfähigkeit stehe im Widerspruch mit jener der behandelnden Ärzte und dem Ergebnis des Arbeitsversuchs. Sie sei auch in einer adaptierten Tätigkeit zu nicht mehr als 35% arbeitsfähig. Dies ist nachfolgend zu prüfen. Die Beschwerdeführerin hat ihre Arbeitsfähigkeit bereits in der Vergangenheit tendenziell zu tief eingeschätzt. So gab sie beispielsweise anlässlich des Gesprächs mit der Beschwerdegegnerin vom 21. August 2012 an, sie schätze ihre Leistungsfähigkeit auf 50%, war jedoch deutlich länger in ihrem Lokal präsent (vgl. IV-act. 145-8; die Beschwerdeführerin gab an, "praktisch rund um die Uhr" im Restaurant zu sein, aber nicht immer zu arbeiten) und arbeitete spätestens ab 2014 80% (vgl. IV-act. 161 und 207), dann 60% bzw. 70% in der schlecht adaptierten Tätigkeit in der Hauswirtschaft des E. ___s. Anlässlich der AEH-Beurteilung wurde eine EFL durchgeführt, konnte aber nicht zuverlässig ausgewertet werden, weil die Fachleute eine erhebliche Selbstlimitierung

beobachteten (vgl. act. G4.2/4). Zwar bestreitet die Beschwerdeführerin dies (act. G1), dennoch ist diese Einschätzung der AEH-Fachleute als gewichtiges Indiz dafür zu werten, dass die Beschwerdeführerin ihre Belastbarkeit eher zu tief einschätzt. Die Behauptung der Beschwerdeführerin, die behandelnden Ärzte würden ihr eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 35% attestieren, stimmt in dieser Form nicht, wie nachfolgend zu zeigen sein wird. Die Konsultation bei Prof. C.____ im Frühjahr 2014 fand nicht in erster Linie zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit statt (sondern wohl zur Abklärung der Option einer Ellbogenprothetik). Prof. C.____ beschreibt, die Beschwerdeführerin fühle sich durch ihr Arbeitspensum von 80% überfordert, gibt mithin eine subjektive Wahrnehmung der Beschwerdeführerin wieder. Er selbst äussert lediglich, die Schwierigkeiten der Beschwerdeführerin in einem 80%-Pensum in einer Cafeteria in einem Altersheim seien nachvollziehbar, macht jedoch keine Ausführungen über ihre konkrete Arbeitsfähigkeit. Ohnehin ist fraglich, inwiefern die damalige Tätigkeit der Beschwerdeführerin adaptiert war. Das RehaZentrum L.____ hatte ebenfalls nicht den Auftrag, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin einzuschätzen, sondern ihr Schmerzempfinden zu verbessern und ein Auftrainieren der Rückenmuskulatur zu ermöglichen. Hinzu kommt, dass das RehaZentrum nicht einfach eine tiefe Arbeitsfähigkeit attestierte. Vielmehr heisst es im definitiven Austrittsbericht, aktuell seien die Fähigkeiten und Belastbarkeit noch reduziert. Dies impliziert, dass beides noch gesteigert werden konnte (vgl. zum Ganzen IV-act. 227-18 ff. und act. G4.2/4-4 f.). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind Berichte behandelnder Ärzte sodann ohnehin mit Vorbehalt zu würdigen, was auch für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren, gelte (Urteil des Bundesgerichts vom 13. April 2006, I 645/05, E. 2.3). Dr. F.____ schrieb am 3. April 2016, die Beschwerdeführerin werde noch bis Ende April in einem 50% Pensum ihres ursprünglichen Tätigkeitspensums arbeiten (mithin in einem 35%-Pensum; IV-act. 187-16). Am 4. Juli 2016 erachtete Dr. F.____ die Beschwerdeführerin als 50% arbeitsunfähig bei einer deutlich reduzierten Arbeitsleistung (bzw. "50% arbeitsunfähig mit zusätzlichem, deutlich reduziertem Pensum", IV-act. 173 bzw. IV-act. 187-26). Nach dem Wortlaut ist dies so auszulegen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer ursprünglichen Tätigkeit in der Hauswirtschaft 50% hätte anwesend sein können, wobei sie während dieser Zeit eine deutlich geringere Arbeitsleistung erbracht hätte. Dr. F.____ präziserte seine Einschätzung auf Nachfrage dahingehend, er habe eine Arbeitsfähigkeit von 50% für das 70%-Pensum der Beschwerdeführerin gemeint (Bericht vom 26. Mai 2017, IV-act. 227-31). Er sprach aber – zumindest ursprünglich – von der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Altersheim E.____ (vgl. IV-act. 187-18, 187-16 und 187-26). Bei dieser Tätigkeit handelt es sich unter Berücksichtigung des ursprünglichen Pflichtenheftes nicht um eine adaptierte Tätigkeit. Auch der MGSG-Gutachter erachtet die Beschwerdeführerin in dieser Funktion als eingeschränkt arbeitsfähig (Arbeitsunfähigkeit 50%, IV-act. 204-13). Wenn Dr. F.____ zu einem späteren Zeitpunkt ohne Nachweis einer Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 35% für jedwede Tätigkeit attestiert (also auch für solche, die den Einschränkungen der Beschwerdeführerin besser angepasst sind), kann das nicht nachvollzogen werden. Das Bundesgericht erachtet es als Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Da es sich auch bei Dr. E.____ um einen behandelnden Arzt mit einem besonderen Vertrauensverhältnis zur Beschwerdeführerin handelt, ist seine

Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zwar zu berücksichtigen, vermag aber keine Zweifel an der AEH-Beurteilung und der Einschätzung gemäss MGSG-Gutachten zu wecken. Die Beschwerdeführerin zweifelt den Beweiswert des MGSG-Gutachtens an, da dieses ihre Buckel-Fehlstellung nicht berücksichtige. Die Beschwerdeführerin erwähnte schon im April 2012, es habe sich ein Buckel ergeben (IV-act. 128-8). Prof. C.____ sprach in diesem Zusammenhang von einer subjektiv sich bildenden Buckelfehlstellung des Nackens (IV-act. 161), was nahelegt, dass diese Fehlstellung (noch) nicht objektivierbar war. Dr. K.____ erwähnt im MGSG-Gutachten eine physiologische Kyphose der BWS, aktiv redressierbar (IV-act. 204-8). Er nahm die zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegende Form der BWS somit wahr und setzte sich mit ihr auch auseinander. Es ist deshalb nicht auszumachen, inwiefern die Arbeitsfähigkeitsschätzung in dieser Hinsicht unzutreffend sein sollte. Die Beschwerdeführerin macht sodann geltend, es sei auch anhand des gescheiterten Arbeitsversuchs erwiesen, dass ihre Arbeitsfähigkeit nicht über 35% gesteigert werden könne. Dabei wurde die Beschwerdeführerin von ihrem Arbeitgeber im selben Betrieb anders eingesetzt. Neutrale Berichte über den Verlauf und Abschluss dieses Versuchs (wie sie von speziell dafür geschaffenen Institutionen verfasst würden) liegen nicht vor. Auch wurde der Versuch, das Arbeitspensum der Beschwerdeführerin zu steigern, offenbar erst im März 2017 und somit nach Erstellung der AEH-Beurteilung und des MGSG-Gutachtens aufgegeben (vgl. IV-act. 227-16). Hinzuzufügen ist, dass die von der Beschwerdeführerin im Rahmen der MGSG-Begutachtung geklagten lumbalen Schmerzen nicht vollumfänglich objektivierbar waren, wohl aber Einfluss auf das von ihr erreichte Arbeitspensum gehabt haben dürften. Dass eine Steigerung des Arbeitspensums nicht erfolgte, vermag somit keine Zweifel am MGSG-Gutachten zu wecken. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung im psychiatrischen Bericht vom 16. Januar 2018 (act. G8.2) ist schliesslich mit Blick auf die Aktenlage betreffend psychischem Gesundheitszustand nicht nachvollziehbar (vgl. E. 4.2 ff. vorstehend) und nicht beachtlich, sofern und soweit sie lediglich die Einschätzung eines anderen Behandlers wiedergibt. Nach Erlass der angefochtenen Verfügung verfasste Arztberichte Dr. F.____s sind insofern unbehelflich, als sie mit seinen echtzeitlichen Berichten im Widerspruch stehen oder sich auf den Zeitraum nach Erlass der Verfügung beziehen. Nach dem Gesagten beruht das MGSG-Gutachten auf allseitigen Untersuchungen und hat sich mit den geklagten Beschwerden sowie den Vorakten auseinandergesetzt. Der Gutachter hat die medizinischen Zusammenhänge dargelegt und seine Beurteilung begründet. Das Gutachten ist somit beweiswert (vgl. E. 1.3 vorstehend). Die Beschwerdeführerin ist folglich als zu 100% arbeitsfähig in einer adaptierten Tätigkeit anzusehen. Nachdem die Beschwerdeführerin als in einer adaptierten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig anzusehen ist, resultiert nach der unbestritten gebliebenen Berechnung der Beschwerdegegnerin (siehe IV-act. 218) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Die Beschwerdegegnerin hat zwar keinen Tabellenlohnabzug vorgenommen, obwohl ein solcher angesichts der Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Umfang von höchstens 10% gerechtfertigt ist (vgl. zum Tabellenlohnabzug Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2018, 9C_833/2017, E. 2.2 und BGE 134 V 327 E. 5.2). Aber auch unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs resultiert höchstens ein Invaliditätsgrad von 18% ($[100\% \times (\text{Fr. } 59'024.-- - \text{Fr. } 48'413.70.--)] / \text{Fr. } 59'024.--$; siehe IV-act. 218). Damit hat die Beschwerdeführerin weder Anspruch auf eine Rente noch auf berufliche Massnahmen. Es bleibt ihr unbenommen, bei der Beschwerdegegnerin ein Gesuch um Arbeitsvermittlung zu stellen, sobald sie sich subjektiv eingliederungsfähig einschätzt. Die Beschwerde ist somit vollumfänglich abzuweisen. Das

Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegenden Angelegenheit angemessen. Da die Beschwerdeführerin vollumfänglich unterliegt, ist die Gerichtsgebühr vollständig ihr aufzuerlegen (Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Der von ihr geleistete Kostenvorschuss wird ihr daran angerechnet. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr daran angerechnet.

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