

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/216 vom 25. Juni 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-06-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_216](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_216)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/216 du 25 juin 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/216 del 25 giugno 2020

## **Regeste**

Art. 5, 13 und 29 BV, 42 und 49 ATSG und 28 IVG; keine Verletzung des rechtlichen Gehörs wegen Verzichts auf Einholung der vollständigen Krankengeschichte, wenn damit keine wesentlichen zusätzlichen medizinischen Erkenntnisse gewonnen werden können. Verwertbarkeit von illegal erhobenem Observationsmaterial. Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Juni 2020, IV 2018/216).

## **Volltext**

Entscheid vom 25. Juni 2020 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie Löhner und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Felicia Sterren Geschäftsnr. IV 2018/216 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Advokatur Glavas AG, Haus zur alten Dorfbank, 9313 Muolen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ erhält seit 1994 von der IV-Stelle ein Hörgerät als Hilfsmittel (IV-act. 7; vgl. auch IV-act 14 und 22). Am 23. Mai 2014 meldete die Versicherte sich zum Bezug von weiteren Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 27). Sie war zuletzt als ungelernete Arbeiterin im Textilbereich zu 100% berufstätig. Die Stelle wurde ihr aus wirtschaftlichen Gründen am 29. August 2013 per 30. November 2013 gekündigt. Wegen Krankheit verlängerte sich die Kündigungsfrist bis 31. Mai 2014 (IV-act. 39-1 ff. und 64-23). Seit dem 29. August 2013 ist die Versicherte durchgehend krankgeschrieben (IV-act. 39-11 ff.). Mit Mitteilung vom 27. November 2014 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen mit der Begründung ab, aufgrund des Gesundheitszustands der Versicherten seien zurzeit keine beruflichen Massnahmen möglich (IV-act. 45). Nachdem sie Berichte der behandelnden Ärzte eingeholt hatte, gab sie eine polydisziplinäre Begutachtung (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie und Rheumatologie) bei der SMAB AG Swiss Medical, Bern (nachfolgend: SMAB), in Auftrag (vgl. IV-act. 52, 54 und 59). Diese fand im Juli 2015 statt (IV-act. 60). Im Gutachten vom 21. August 2015 stellten die SMAB-Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (F33.2), generalisierte Angststörung (F41.1), Agoraphobie ohne Panikstörung, mässig ausgeprägt (F40.00) sowie generalisiertes und chronifiziertes Weichteil-Schmerzsyndrom. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie insbesondere einen psychogenen Tremor (F44.8; IV-act. 64-12). Die Arbeitsfähigkeit betrage sowohl in der bisherigen als auch in einer Verweistätigkeit seit dem 29. August 2013 durchgehend 0% (IV-act. 64-14 f.). Am 2. März 2016 erteilte die IV-Stelle einen Überwachungsauftrag (IV-act. 81). Daraufhin

wurde die Versicherte im Zeitraum vom 4. März bis 4. April 2016 sowie am 20. und 29. April 2016 observiert (vgl. IV-act. 85 f.). Vom 13. Oktober bis 7. Dezember 2016 befand sich die Versicherte bei der Klinik B.\_\_\_\_, Psychiatrische Dienste C.\_\_\_\_, in stationärer Behandlung (IV-act. 126). Am 9. November 2016 fand bei der IV-Stelle ein Standortgespräch statt. An diesem wurde sie zu ihrem aktuellen Befinden befragt und zudem über die Ergebnisse der Observation informiert. Sie sah sich dabei auch die erstellten Filmmaterialien an (IV-act. 115). Im Februar 2017 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie eine bidisziplinäre Untersuchung (Psychiatrie, Neurologie) als notwendig erachte. Die entsprechende Begutachtung werde durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt Neurologie FMH, erfolgen (IV-act. 128 und 131). Mit Gutachten vom 4. Dezember 2017 kamen Dr. D.\_\_\_\_ (Untersuchungen vom 17. August und 17. September 2017) und Dr. E.\_\_\_\_ (Untersuchung vom 17. August 2017) zum Schluss, es könnten weder auf neurologischem noch auf psychiatrischem Fachgebiet Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Dabei stützten sie sich unter anderem auf die am 24. November 2017 durch Dr. phil. F.\_\_\_\_, Fachpsychologe für Psychotherapie, Neuropsychologe SVNP, durchgeführte neuropsychologische Untersuchung (IV-act. 149-1; bidisziplinärer Konsens, IV-act. 148-1 ff., insbesondere IV-act. 148-5, Ziff. 12.5.4). Es würden Diskrepanzen, Widersprüche und Hinweise auf eine Aggravation und teilweise gezielte Manipulation bestehen. Die Versicherte könne völlig normal bimanuell ohne relevante Einschränkungen tätig sein. Dass nach dem Stellenverlust und als Reaktion darauf tatsächlich eine depressive Verstimmung aufgetreten sei, sei plausibel. Nicht plausibel sei hingegen die seither diagnostizierte anhaltende schwere depressive Episode (IV-act. 147-80 und 148-3). Die psychiatrische Vorbegutachtung habe sich ausschliesslich auf die Angaben der Versicherten abgestützt und darum zu einer anderen Einschätzung kommen müssen (IV-act. 148, 147-66 und 147-80). Mit Verlaufsbericht vom 25. März 2018 äusserte die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, was Dr. D.\_\_\_\_ als Aggravation beschreibe, seien krankheitsbedingte Symptome. Die neuropsychologische Untersuchung habe klar widerspiegelt, dass die Versicherte sehr schnell abgelenkt sei. Die Versicherte sei deshalb gepflegt, weil ihre Töchter sich darum kümmern würden und nicht möchten, dass die Mutter verwahrlost aussehe. Wie alle anderen Psychiater, welche die Versicherte untersucht hätten, bestätige Dr. G.\_\_\_\_ die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige depressive Episode (F33.3), generalisierte Angststörung (F41.1) und anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4). Mit Schreiben vom 29. März 2018 hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, fest, er kenne die Versicherte seit mehr als 20 Jahren. Sie sei schon früher immer eine nervöse, unruhige, teils etwas wirre Patientin gewesen, weshalb sie den Eindruck erwecke, dass sie etwas übertreibe, was aber nicht richtig sei. Die Versicherte habe auch mit grossen Schmerzen immer gearbeitet, sich nie krank schreiben lassen. Auch deshalb habe der Verlust der Arbeit ihr sehr weh getan. Die Versicherte als Simulantin darzustellen, wie die IV-Stelle das mehrfach mache, finde er absolut falsch. Dr. H.\_\_\_\_ verstehe auch nicht, warum ein Dolmetscher beigezogen worden sei. Die Versicherte spreche sehr gut Deutsch. Dies erwecke nur den Eindruck, dass sie nicht integriert sei, die Sprache nicht habe lernen wollen, was auch falsch sei. Die Versicherte sei wirklich seit längerer Zeit krank (IV-act. 158). Mit Vorbescheid vom 25. April 2018 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Ablehnung ihres Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 162). Dagegen erhob die Versicherte am 4. Mai 2018 Einwand (IV-act. 165). Mit Verfügung vom 24. Mai

2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten ab. Zur Begründung führte sie aus, die im Konsens von der SMAB attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100% basiere auf Diagnosen, welche sich ausschliesslich auf die subjektiven Angaben der Versicherten gestützt hätten. Ausgehend von den Observationserkenntnissen habe die IV-Ärztin eine Überprüfung der psychiatrischen Situation empfohlen. Anlässlich der psychiatrisch-neurologischen Begutachtung seien keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden. Das bidisziplinäre Gutachten sei beweiskräftig. Die Behauptung, der Tremor sei Folge einer früheren verfehlten Medikation, lasse sich auch anhand der neu beigebrachten ärztlichen Berichte nicht nachvollziehen. Die Schwerhörigkeit beeinträchtige die Leistungsfähigkeit in einer geeigneten Tätigkeit nicht. Aus den am 4. April 2018 eingereichten Berichten würden keine neuen Aspekte hervorgehen, welche eine Änderung der bisherigen Feststellungen rechtfertigen könnten. Ein Gesundheitsschaden, der einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, sei nicht nachgewiesen. In jeglichen angepassten Tätigkeiten bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Somit bestehe kein Rentenanspruch (IV-act. 168). Gegen diese Verfügung erhebt A.\_\_\_\_ am 22. Juni 2018 Beschwerde. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr sei mindestens eine halbe Rente zu gewähren. Eventualiter sei eine neue polydisziplinäre Abklärung vom Gericht in Auftrag zu geben, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich 7.7% Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Die Beschwerdegegnerin habe das rechtliche Gehör verletzt. Sie schreibe, die von der Beschwerdeführerin beigebrachten medizinischen Berichte würden nichts zum Tremor aussagen. Dabei sei ausdrücklich beantragt worden, dass der Bericht der Klinik Valens über die Falschmedikation beigezogen werde. Dies sei nachzuholen. Die Beschwerdegegnerin habe nicht zu den Berichten von Dr. med. I.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, Audio-Neurootologie und Aequilibrimetrie, und Dr. med. J.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Stellung genommen. Ständig werde die Kündigung als Ursache der Depression angesehen, dabei sei die Beschwerdeführerin nachweislich lange vor Erhalt der Kündigung erkrankt. Die SMAB-Gutachter hätten eine vollständige Berentung vorgeschlagen. Die Grundprämissen des bidisziplinären Gutachtens träfen nicht zu. Dr. D.\_\_\_\_ habe nicht beachtet, dass die Beschwerdeführerin als Kind beide Eltern verloren habe und bei einer Tante, die ebenfalls an Tremor gelitten habe, aufgewachsen sei. Die Fachmediziner müssten klären, ob der Tremor der Beschwerdeführerin familiär/genetisch bedingt oder durch falsche Medikation eingetreten sei. Die Schwerhörigkeit der Beschwerdeführerin sei nicht berücksichtigt worden. Die Gutachter hätten die Vorakten von Dr. K.\_\_\_\_ nicht besessen, welche einzuholen seien. Die Übersetzer hätten nicht korrekt übersetzt. So habe sie nach ihrer Erinnerung einmal gesagt, dass sie oft im Bett sein müsse, wobei übersetzt worden sei, dass sie den ganzen Morgen im Bett verbringe. Die Materialien der illegalen Observation seien aus den Akten zu eliminieren. Die Versuche des Bundesgerichts, die fehlende gesetzliche Grundlage mit dem öffentlichen Interesse zu ersetzen, seien "politische Versuche, die kochende Volkswut zu beruhigen". Sie seien aber nicht EMRK-konform (act. G1). Mit Beschwerdeantwort vom 27. September 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die Beschwerdeführerin habe keinen konkreten Antrag gestellt, den "Bericht der Klinik Valens über die Falschmedikation" beizuziehen. Dass ein solcher Bericht existiere, werde bezweifelt. Die Frage nach der Genese des Tremors sei letztlich irrelevant, da er nach gutachterlicher Einschätzung keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Der beantragte Beizug einer

vollständigen Krankengeschichte sei weder sinnvoll noch erforderlich. Dass seit langem eine depressive Symptomatik vorgelegen habe, werde von Dr. D. \_\_\_ ausdrücklich festgehalten. Dennoch habe die Kündigung unbestreitbar einen wesentlichen Einfluss auf die psychische Situation der Beschwerdeführerin gehabt. Das Gutachten lasse durchaus eine schwere Kindheit erkennen. Die belastete Vergangenheit ändere aber nichts daran, dass die Beschwerdeführerin heute ein nicht authentisches Beschwerdebild präsentiere (act. G4). Mit Replik vom 2. November 2018 bringe die Beschwerdeführerin vor, sie habe bei der letzten Stelle wegen des Tremors Mühe beim Einfädeln gehabt. Diesbezüglich sei ein Augenschein bei der letzten Arbeitgeberin durchzuführen oder die Mitarbeiterinnen, welche der Beschwerdeführerin jeweils geholfen hätten, zu befragen. Die Beschwerdegegnerin habe den Untersuchungsgrundsatz missachtet. Die Beschwerdeführerin habe den Bericht der Klinik Valens vom 16. Januar 2002 über den stationären Aufenthalt beim Hausarzt Dr. H. \_\_\_ erhältlich gemacht. Daraus sei ersichtlich, dass sie schon damals an einer Anpassungsstörung mit ängstlich-depressiver Reaktion mittleren bis schweren Grades und an essentiellen Tremor der rechten Hand gelitten habe. Die Tremorproblematik sei also über 16 Jahre alt und chronifiziert. Darum müsse vom Gericht aus eine Klärung des Tremors stattfinden. Der Tremor habe bereits bei der letzten Tätigkeit einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gehabt. Die lapidare Bemerkung, er habe keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, sei sibyllinisch. Die Gutachter hätten nicht über die vollständige Krankengeschichte verfügt (Behandlung Dr. J. \_\_\_, Dr. I. \_\_\_ und Dr. K. \_\_\_). Die Gutachter würden sich diametral widersprechen und im neuen Gutachten würden die Beurteilungen der behandelnden Ärzte einschliesslich des Kantonsspitals St. Gallen als Hirngespinnste dargestellt. Auf das bidisziplinäre Gutachten könne nicht abgestellt werden. Die Beschwerdeführerin berichte, dass sie immer noch observiert werde. Es liege also eine langandauernde Observation vor. Die dürftige Darstellung der schweren Kindheit der Beschwerdeführerin im Gutachten genüge den Anforderungen nicht (act. G6). Mit Duplik vom 7. Januar 2019 führt die Beschwerdegegnerin aus, der Tremor finde keine somatische Erklärung. Aus dem von der Beschwerdeführerin eingereichten Bericht der Klinik Valens vom 16. Januar 2002 lasse sich nicht ableiten, dass der Tremor durch ein Medikament ausgelöst worden sei. Bei dem von der Beschwerdeführerin damals schlecht vertragenen Medikament handle es sich um ein Antidepressivum, von dem keine solchen Nebenwirkungen bekannt seien. Nachdem er bei der Observation nicht zu beobachten gewesen sei, stehe die Authentizität des Tremors in Frage. Auf jeden Fall habe er keinen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit, weshalb dieses Thema nicht weiter zu erörtern sei. Durch den Beizug der früheren Krankengeschichte würde sich kaum Erhellendes zum Thema ergeben. Im Übrigen sei nicht einzusehen, warum die Beschwerdeführerin diese Akten nicht selber beibringe. Die Auskunftspflicht der Ärzte gegenüber der IV sei beschränkt. Dagegen könne die Beschwerdeführerin als Patientin ohne Weiteres in ihre vollständige Krankengeschichte Einsicht nehmen. Ihre wiederkehrenden Rügen würden vor diesem Hintergrund querulatorisch anmuten. Von den dem Einwand vom 4. Mai 2018 beigelegten zwei Schreiben Dr. J. \_\_\_s sei mindestens eines falsch datiert. Der viel zitierte Tremor habe darin keine Erwähnung gefunden, obwohl die angeschriebene Klinik für Neurologie wahrscheinlich für die Abklärung und Therapie eines solchen Leidens zuständig gewesen wäre. Daraus sei zu schliessen, dass der Tremor in der Wahrnehmung der Beschwerdeführerin und des behandelnden Psychiaters keine wesentliche Bedeutung gehabt habe. Die Beschwerdegegnerin habe das Abklärungsverfahren abgeschlossen und tätige keine Überwachung mehr. Von einer

weiteren Begutachtung sei Abstand zu nehmen, da dadurch nicht nur unnötige Kosten entstehen würden, sondern die Beschwerdeführerin auch in ihrer Krankenrolle weiter bestärkt würde (act. G8). Erwägungen Die Beschwerdeführerin macht eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, weil die Beschwerdegegnerin ihrer Begründungspflicht ungenügend nachgekommen sei. Das formellrechtliche Vorbringen der Gehörsverletzung ist vorweg zu prüfen. Soweit die Beschwerdeführerin zusätzlich eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes geltend macht, weil die Beschwerdegegnerin keine Berichte von Dr. I.\_\_\_\_, Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ sowie der Klinik Valens eingeholt habe, wird auf E. 4 nachstehend verwiesen. Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Ein wesentlicher Bestandteil des Gehörsanspruchs ist die Begründungspflicht. Die Pflicht der Verwaltung, Verfügungen zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, ist für das Sozialversicherungsrecht in Art. 42 und Art. 49 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) normiert. Die Verwaltung hat sich ausdrücklich mit den konkreten Einwendungen auseinander zu setzen oder zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann (BGE 124 V 183 E. 2b). Dabei ist jedoch nicht erforderlich, dass sie sich mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Dezember 2014, 8C\_586/2014, E. 2.2.1). Die Begründung muss wenigstens kurz die Überlegungen nennen, von denen sich die Behörde leiten liess und auf welche sich ihr Entscheid stützt. Der Zweck der Begründungspflicht liegt darin, dass die betroffene Person die Verfügung sachgerecht anfechten kann (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, Art. 49 N 66 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung). Zwar ist die Beschwerdegegnerin nicht auf alle Vorbringen der Beschwerdeführerin einzeln eingegangen. Sowohl der Vorbescheid als auch die Verfügung sind aber ausführlich begründet und die für den Entscheid wesentlichen Punkte wurden darin aufgeführt. Insbesondere ergibt sich aus der Begründung der Beschwerdegegnerin, dass sie die von der Beschwerdeführerin geforderte Einholung weiterer Akten nicht als erforderlich erachtete, da sie sich daraus keine wesentlichen zusätzlichen Erkenntnisse erhoffte. Zudem sah sie die Vorbringen der Beschwerdeführerin zu ihrem Gesundheitszustand und ihren Einschränkungen nicht als rentenrelevant an. Ob dies vor Gericht standhält, wird die nachfolgende Überprüfung zeigen. Eine Gehörsverletzung wegen Verletzung der Begründungspflicht ist jedoch zu verneinen. Die Beschwerdeführerin verlangt die Entfernung der Observationsunterlagen aus dem Jahr 2016 aus den Akten. Für die von der Beschwerdegegnerin veranlasste Observation fehlte die gesetzliche Grundlage, womit die Observationsergebnisse unrechtmässig erhoben worden sind. Beiden Parteien ist das Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (nachfolgend: EGMR) in Sachen Vukota-Bojic gegen Schweiz, Urteil no. 61838/10, vom 18. Oktober 2016 bekannt, in welchem die Konventionswidrigkeit festgehalten wurde (zur Verfassungswidrigkeit siehe 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). Anzumerken ist, dass die Beschwerdegegnerin die Observation abgeschlossen hatte, bevor das Urteil des EGMR in Sachen Vukota-Bojic ergangen ist. Die Vorwürfe des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, diese werde weiterhin – mithin auch nach dem Urteil Vukota-Bojic – von der Beschwerdegegnerin überwacht (vgl. etwa sein Schreiben

vom 1. Mai 2017, IV-act. 139) finden in den Akten keine Stütze. 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 einsehbareren 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 einsehbareren 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). 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 BV; 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 stellte der RAD suboptimales Leistungsverhalten sowie relevante Inkonsistenzen fest, da im Gutachten festgehalten wurde, dass die Beschwerdeführerin die Medikamente nicht regelmässig nehme und den Empfehlungen der behandelnden Psychiaterin nicht folge (RAD-Stellungnahme, Dr. med. M.\_\_\_\_, vom 10. September 2015, IV-act. 66). Die Beschwerdegegnerin entnahm dem SMAB-Gutachten nebst schlechter Therapie- und Medikamentencompliance, dass eine völlige Lustlosigkeit zur Verbesserung des Gesundheitszustands aufgefallen sei, die Versicherte keine Tagesstruktur habe, bis Mittag im Bett liegen bleibe und angeblich ein ausgeprägter sozialer Rückzug bestehe. Die Beschwerdeführerin sehe sich ausserstande, den Haushalt zu führen oder einer Arbeit nachzugehen. Die Beschwerdegegnerin hielt zudem fest, es würden Hinweise auf eine Somatisierungsstörung und starke Selbstlimitierung vorliegen (IV-act. 67). Weiter stellte die IV-Ärztin Dr. med. N.\_\_\_\_ fest, die bisherige medizinische Einschätzung basiere grossenteils auf subjektiven Angaben. Es sei nicht ausgeschlossen, dass die Versicherte in ihrem unbeobachteten Alltag ein deutlich höheres Funktionsniveau als das in den medizinischen Behandlungs- und Untersuchungssituationen präsentiere. Es

stelle sich die Frage, ob die mangelnde Inanspruchnahme der therapeutischen Optionen tatsächlich im Rahmen der psychiatrischen Symptomatik zu interpretieren sei oder ob ein nicht ausreichender Leidensdruck, sekundärer Krankheitsgewinn oder andere Gründe dafür verantwortlich seien (IV-act. 76-2). Es bestanden somit gestützt auf das SMAB-Gutachten sowie die Stellungnahme von Dr. M.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ Zweifel an der Dauer sowie Höhe der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin. Die Somatisierungstendenz der Beschwerdeführerin wurde zudem im Bericht des Kantonsspitals St. Gallen, Rheumatologie und Rehabilitation, vom 5. Oktober 1999 ("im Gegenteil könnte dies die Somatisierungstendenz der Patientin weiterhin unterstützen", IV-act. 52-13), im Austrittsbericht des Spitals O.\_\_\_\_ vom 8. Juni 2015 ("Insgesamt ist eine Somatisierung im Rahmen der Depression nicht auszuschliessen", IV-act. 64-55) und im neurologischen Teil des SMAB-Gutachtens ("Zu beachten ist, dass in der Vorgeschichte in den letzten Jahren multiple andere Somatisierungen vorkamen und dass bei der klinisch-neurologischen Untersuchung ausgesprochen variable und unübliche Konstellationen des Zitterns auffallen", IV-act. 64-47) beschrieben. Die Beschwerdegegnerin durfte insbesondere aufgrund dieser Somatisierungstendenz davon ausgehen, dass eine unauffällige Beobachtung der alltäglichen Verrichtungen der Beschwerdeführerin in ihrem häuslichen Umfeld eine zuverlässigere Einschätzung der bestehenden Leistungsbeeinträchtigungen ermöglichen würde als eine angekündigte Abklärung innerhalb des sozialversicherungsrechtlichen Kontexts. Zudem konnte sie sich aufgrund der Beobachtung Hinweise auf den Grund für die fehlende Behandlungsmotivation erhoffen, die auf andere Weise nicht erhältlich zu machen gewesen wären, da die Beschwerdeführerin auch gegenüber anderen medizinischen Fachpersonen dieselben Angaben gemacht hätte. Die Observation erfolgte an elf Tagen während eines Zeitraums von knapp zwei Monaten (IV-act. 85 f.). Sie erfasste das Verhalten der Beschwerdeführerin im öffentlichen Raum im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. hierzu Urteile des Bundesgerichts vom 15. Mai 2019, 8C\_837/2018, E. 5.1, und vom 9. März 2012, 8C\_830/2011, E. 6.4). Auf ihr Verhalten nahmen die Abklärungspersonen keinen Einfluss. Unter diesen Umständen war die Observation verhältnismässig (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Januar 2019, 8C\_689/2018, E. 4.1 f.). Ein überwiegendes privates Interesse an der vollständigen Entfernung des Observationsmaterials ist nicht auszumachen. Die Observationserkenntnisse sind somit gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung verwertbar und verbleiben in den Akten. 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). Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 157 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin macht geltend, auf das bidisziplinäre Gutachten könne schon deshalb nicht abgestellt werden, weil es nicht in Kenntnis der vollständigen Vorakten erstellt worden sei. Insbesondere habe die Beschwerdegegnerin es versäumt, Berichte von Dr. K.\_\_\_\_ (früherer Neurologe), Dr. J.\_\_\_\_ (früherer Psychiater) und Dr. I.\_\_\_\_ (Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie) einzuholen. Die Beschwerdeführerin macht damit eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes geltend. Die Beschwerdeführerin reichte einen Bericht Dr. I.\_\_\_\_s vom 24. April 2015 ein (IV-act. 164-3). Dieser Bericht lag den SMAB-Gutachtern ebenfalls vor (vgl. IV-act. 64-8). Dadurch konnten auch die späteren Gutachter von dessen Inhalt Kenntnis nehmen, da sie über die kompletten Vorakten der Beschwerdegegnerin, namentlich auch das SMAB-Gutachten, verfügten (vgl. IV-act. 147-3). Dr. I.\_\_\_\_ hielt in diesem Bericht fest, der aktuelle Hörverlust von rechts 99.8% und links 69.6% habe sich im Verlauf der letzten vier Jahre (mithin seit dem Jahr 2011) nicht wesentlich verändert. Die Abklärungen aus dem Jahr 2011 liegen bei den IV-Akten (IV-act. 18 und 20), über welche sowohl die SMAB-Gutachter als auch Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ verfügten. Nachdem das Hörvermögen über vier Jahre stabil geblieben ist, bestand für die Beschwerdegegnerin kein Anlass, weitere Abklärungen diesbezüglich anzustellen, zumal die Beschwerdeführerin selbst nie substantiiert geltend machte, ihr Hörvermögen habe sich erheblich verschlechtert. Da die Beschwerdeführerin zwischen

2011 und 2013 wie schon in den Jahren davor zu 100% erwerbstätig war (die Kündigung ihrer damaligen Anstellung erfolgte aus wirtschaftlichen Gründen am 29. August 2013 per 30. November 2013; wegen Krankheit verlängerte sich die Kündigungsfrist bis 31. Mai 2014, vgl. IV-act. 39-10 und 64-23), ist ausgewiesen, dass ihr eingeschränktes Hörvermögen keine Arbeitsunfähigkeit begründet. Die Beschwerdegegnerin hat den Untersuchungsgrundsatz somit nicht verletzt, indem sie keine weiteren Arztberichte bei Dr. I.\_\_\_\_ eingeholt hat. Dr. J.\_\_\_\_ war der vorbehandelnde Psychiater der Beschwerdeführerin. Sie befindet sich seit dem 22. Januar 2014 bei Dr. G.\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung (IV-act. 36-1). Die IV-Anmeldung erfolgte am 23. Mai 2014 (IV-act. 27), mithin rund vier Monate nach Beginn der Behandlung bei Dr. G.\_\_\_\_. Der Rentenanspruch kann frühestens nach Ablauf des Wartejahrs gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (welches frühestens mit der ersten Krankschreibung ab 29. August 2013, bzw. ab 17. September 2013 begann, vgl. IV-act. 47-35 bzw. act. G4.2/1-10) und der sechsmonatigen Karenzfrist ab Anmeldung (Art. 29 Abs. 1 IVG) entstehen, vorliegend also frühestens ab 1. November 2014. Relevant ist folglich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ab November 2013 (Wartejahr im Sinne eines Jahres vor Ende der Karenzfrist). Für den Zeitraum ab September 2013 liegt der Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 28. November 2013 über die stationäre Behandlung vom 17. September 2013 bis 26. November 2013 im Recht (IV-act. 36-3 ff.; vgl. auch den Bericht vom 4. Juni 2014, IV-act. 47-30 ff.). Danach war die Beschwerdeführerin nicht mehr bei Dr. J.\_\_\_\_, sondern bei Dr. G.\_\_\_\_ in Behandlung. Dr. J.\_\_\_\_ kann lediglich über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin während der bei ihm erfolgten Behandlung Auskunft erteilen. Wie sich der Gesundheitszustand ab November 2013 darstellte, kann er also nicht mehr beurteilen. Dies obliegt vielmehr der Beurteilung der Klinik B.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_s. Vertiefte oder zusätzliche Erkenntnisse waren (und sind) demnach von einem Arztbericht Dr. J.\_\_\_\_s nicht zu erwarten. Der Untersuchungsgrundsatz gebietet mithin nicht, einen Arztbericht von Dr. J.\_\_\_\_ einzuholen. Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie sei schon vor der Kündigung 2013 psychisch krank gewesen. Die Kündigung sei nicht der Auslöser für ihre psychische Erkrankung gewesen. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass ihre Behandlung aktenkundig ist und den SMAB- wie auch den bidisziplinären Gutachtern bekannt war. Beispielsweise gab die Beschwerdeführerin schon anlässlich des Gesprächs zur Früherfassung vom 22. Mai 2014 gegenüber der Beschwerdegegnerin an, sie sei schon seit Jahren in psychotherapeutischer Behandlung. Trotzdem habe sie immer gearbeitet. Im Frühling 2013 hätten sich die depressiven Beschwerden verstärkt und Dr. J.\_\_\_\_ habe zu einem Klinikeintritt geraten. Ende August sei sie dann krankgeschrieben worden, worauf umgehend die Kündigung des Arbeitgebers erfolgt sei. Da sei "etwas explodiert" in ihrem Kopf. Ihre Beschwerden hätten sich massiv verstärkt (IV-act. 30-2). Die Klinik B.\_\_\_\_ hielt mit Bericht vom 28. November 2013 fest: "Erste Hospitalisation aufgrund einer seit Jahren bestehenden depressiven und Angststörung, chronifiziert, psychisch mitbedingte Kopfschmerzen mit Dekompensation nach Arbeitsplatzverlust." (IV-act. 36-6). Aus diesem Bericht geht wie aus dem Gespräch zur Früherfassung hervor, dass die Beschwerdeführerin seit langem in psychiatrischer Behandlung stand, dass die Dekompensation aber mit der Kündigung der Arbeitsstelle erfolgte. Die SMAB-Gutachter hielten in der Konsens-Beurteilung fest, bei der Beschwerdeführerin sei es bei langjährig bestehender rezidivierender depressiver Störung ab Anfang 2013 zu einer schweren depressiven Episode gekommen (IV-act. 64-13 und 64-18). Gegenüber dem psychiatrischen SMAB-Gutachter äusserte die Beschwerdeführerin, eine Depression sei erstmals 2003 aufgetreten. Soweit sie

sich erinnere, sei damals aufgrund von Problemen der Firma ihre Arbeitsstelle in Gefahr gewesen. Zu einer Verschlechterung der Depression sei es gekommen, nachdem ab Frühjahr 2013 deutlich geworden sei, dass sie ihren Arbeitsplatz verlieren werde (IV-act. 64-21). Die SMAB-Gutachter haben damit offenkundig richtig erfasst, dass die Beschwerdeführerin bereits vor 2013 in psychiatrischer Behandlung war. Zudem war es die Beschwerdeführerin selbst, die den SMAB-Gutachtern gegenüber (wie bereits schon früher gegenüber anderen Stellen) mitteilte, dass die psychische Dekompensation mit dem befürchteten und dann eingetretenen Verlust der Arbeitsstelle zusammenhing. Dr. D.\_\_\_\_ hielt fest, dass die depressive Symptomatik bereits 2003 erwähnt werde (IV-act. 147-63). Ausserdem hat die Beschwerdeführerin auch ihm gegenüber angegeben, dass die Kündigung 2013 eine massive Verschlimmerung ausgelöst habe ("sie wisse nur, dass etwas in ihrem Kopf kaputt gegangen sei", als sie die Kündigung erhalten habe, IV-act. 147-47). Seit der Kündigung gehe es immer gleich schlecht oder sogar noch schlechter (IV-act. 147-63). Schliesslich wird in der neuropsychologischen Beurteilung vom 24. November 2017 festgehalten, die beklagten Symptome hätten sich gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin schleichend entwickelt. Erst vor ungefähr vier Jahren sei es in ihrem Kopf "explodiert", sie habe dann "alles aufgegeben" (IV-act. 149-2). Nach dem Gesagten wurde die psychiatrische Anamnese hinreichend erhoben. Die Feststellung, dass die Kündigung der Arbeitsstelle mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands einherging, ist nicht zu beanstanden, zumal die Beschwerdeführerin selbst angab, dass sie bis ins Jahr 2013 "immer gearbeitet" habe (IV-act. 30-2). Sowohl sie selbst als auch ihre Behandler machen mithin geltend, die langandauernde Arbeitsunfähigkeit sei 2013 eingetreten. Weitere Erhebungen zum gesundheitlichen Vorzustand (psychiatrische Behandlung vor 2013) waren somit nicht notwendig. Die Beschwerdeführerin rügt, die Beschwerdegegnerin habe den Bericht der Klinik Valens aus dem Jahr 2002 nicht eingeholt. Aus diesem gehe hervor, dass die Beschwerdeführerin damals bereits psychisch erkrankt gewesen sei und einen Tremor der rechten Hand entwickelt habe (act. G1 und G6). Zwischenzeitlich hat die Beschwerdeführerin diesen Bericht selbst eingereicht (act. G6.1). Daraus ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin in der Klinik Valens nicht wegen einer Depression (damals wurde als Diagnose lediglich eine – definitionsgemäss zeitlich begrenzte – Anpassungsstörung mit ängstlich-depressiver Reaktion diagnostiziert) oder Agoraphobie, sondern wegen Schmerzen (Schmerzsyndrom) behandelt wurde, wobei vornehmlich ein Ergonomietraining durchgeführt wurde. Bezüglich Tremor der rechten Hand wurde lediglich eine Verdachtsdiagnose gestellt (V.a. essentiellen Tremor, act. G6.1). Aus diesem Bericht ergeben sich folglich keine relevanten medizinischen Erkenntnisse, welche bei der Begutachtung der Beschwerdeführerin hätten berücksichtigt werden müssen bzw. nicht ohnehin schon berücksichtigt worden sind. Dies war auch nicht zu erwarten, zumal die Beschwerdeführerin nach ihrem Klinikaufenthalt in Valens 2001 noch über zehn Jahre berufstätig war, zuletzt in einem 100%-Pensum bei ihrer letzten Arbeitgeberin (siehe hierzu Auszug aus dem Individuellen Konto, IV-act. 34). Die Beschwerdeführerin verlangt die Einholung eines Arztberichts bzw. der Krankengeschichte bei Dr. K.\_\_\_\_. Dabei handelt es sich gemäss beiden Parteien um den Vorbehandler von Dr. med. P.\_\_\_\_, Spezialärztin Neurologie FMH, welche dessen Praxis übernommen hat. Dr. P.\_\_\_\_ behandelt die Beschwerdeführerin schon seit spätestens 2010 (vgl. Arztbericht Dr. P.\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2010, IV-act. 52-21 ff.). Es ist deshalb nicht ersichtlich, inwiefern aus einem Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vertiefte medizinische Erkenntnisse gewonnen werden könnten. Die Beschwerdegegnerin war somit nicht verpflichtet, diesbezüglich weitere Abklärungen

vorzunehmen. Als Zwischenfazit kann festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt grundsätzlich rechtsgenügend abgeklärt hat. Die Beschwerdeführerin macht geltend, auf das bidisziplinäre Gutachten sei nicht abzustellen. Stattdessen sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% gemäss SMAB-Gutachten auszugehen. Es ist deshalb nachfolgend zu klären, ob das bidisziplinäre Gutachten Dr. D.\_\_\_\_s und Dr. E.\_\_\_\_s beweiskräftig ist. Das bidisziplinäre Gutachten stützt sich auf die vollständigen Vorakten, welche nach dem Gesagten nicht durch weitere Arztberichte früherer Behandler ergänzt werden müssen. Beide Gutachter nahmen eine persönliche Untersuchung vor, anlässlich welcher die Beschwerdeführerin ihre Beschwerden schildern konnte. Zudem wurde die Beschwerdeführerin neuropsychologisch abgeklärt (IV-act. 149). Das Gutachten erfüllt somit die Anforderung, auf allseitigen Untersuchungen zu beruhen, in Kenntnis der Vorakten ergangen zu sein und die beklagten Beschwerden berücksichtigt zu haben. Es ist für die Fachgebiete Psychiatrie und Neurologie umfassend und leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation grundsätzlich ein. Seine Schlussfolgerungen sind begründet und nachvollziehbar. Damit erfüllt es grundsätzlich die Kriterien an ein beweiskräftiges Gutachten. Zu prüfen bleibt, ob die Vorbringen der Beschwerdeführerin bzw. die im Recht liegenden Berichte der Behandler sowie das SMAB-Gutachten an den Ergebnissen der bidisziplinären Begutachtung Zweifel zu wecken vermögen. Weshalb die Einholung weiterer Arztberichte und medizinischer Unterlagen bei den Dres. I.\_\_\_\_, J.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_ sowie der Klinik Valens nicht erforderlich war, wurde vorstehend bereits erläutert (E. 4). Auch auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin, sie sei schon vor 2013 psychisch krank gewesen, wurde bereits eingegangen (siehe E. 4.4 vorstehend). An dieser Stelle ist lediglich noch einmal zu erwähnen, dass Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ bekannt war, dass die Beschwerdeführerin schon Jahre vor dem Verlust ihrer Arbeitsstelle in psychiatrischer Behandlung stand. Insofern ist das bidisziplinäre Gutachten beweiskräftig. Die Beschwerdeführerin bringt vor, ihre Schwerhörigkeit sei von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden. Ihr Hörvermögen ist jedoch weder dem psychiatrischen noch dem neurologischen Fachgebiet zugeordnet und war schon aus diesem Grund nicht von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ zu beurteilen. Die beiden Gutachter hielten explizit fest, dass weder auf neurologischem noch auf psychiatrischem Fachgebiet eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne (IV-act. 148-1). Diagnosen aus anderen Fachgebieten wurden demnach von ihnen korrekterweise nicht gestellt. Auch für das SMAB-Gutachten wurde kein entsprechender Facharzt (Otorhinolaryngologie) beigezogen (vgl. IV-act. 64-1). Für beide Begutachtungen war ein Beizug eines Otorhinolaryngologen auch nicht notwendig. Das Hörvermögen der Beschwerdeführerin ist nachweislich eingeschränkt, ihr ist aber mittels Hörgeräten die Wahrnehmung von Geräuschen sowie die Kommunikation möglich. Insbesondere konnte die Beschwerdeführerin Gespräche mit den Verantwortlichen der Beschwerdegegnerin ebenso führen wie mit den Gutachtern bzw. den Dolmetschern, welche anlässlich der Gutachten übersetzten. Dr. E.\_\_\_\_ erwähnt denn auch, die Übersetzerin habe in normaler Zimmerlautstärke gesprochen und die Beschwerdeführerin habe dies gut verstanden (IV-act. 146-11). Anlässlich der neuropsychologischen Beurteilung vom 24. November 2017 war es der Beschwerdeführerin ohne Weiteres möglich, den auditiv vorgegebenen Anweisungen zu folgen. Es liessen sich während der gesamten Abklärung keine Verständnisschwierigkeiten feststellen (IV-act. 149-3). Auch aus dem Observationsmaterial ergeben sich keine Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin durch ihr vermindertes Hörvermögen im Alltag wesentlich eingeschränkt ist. Insbesondere war es ihr möglich, sich

in einem Geschäft mit ihrem Ehemann über Einkaufsartikel zu beraten (IV-act. 85-11 f.) und sich vor dem Haus mit einem Mann und einem Kind zu unterhalten (IV-act. 85-17). Wie bereits erwähnt, blieb der Hörverlust sodann über Jahre hinweg stabil, wobei die Beschwerdeführerin 100% erwerbstätig sein konnte (siehe E. 4.2 vorstehend). Der Hinweis auf ihre Schwerhörigkeit vermag nach dem Gesagten keine Zweifel am bidisziplinären Gutachten (oder auch am SMAB-Gutachten) zu wecken. Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, ihre schwere Kindheit sei nur dürftig dargestellt und bei der Diagnosestellung und Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht berücksichtigt worden. Sie bezieht sich dabei darauf, dass sie als Neunjährige die Mutter, wenig später einen älteren Bruder und schliesslich als Elfjährige den Vater verloren hat, danach von einer Tante aufgezogen worden sei und keine Ausbildung habe absolvieren können. Dies wird im Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 28. November 2013 ebenso ausgeführt wie im SMAB-Gutachten und im bidisziplinären Gutachten (IV-act. 36-4, 64-22 und 147-61), war somit den Gutachtern ebenso wie den Behandlern bekannt. Solche Ereignisse in der Kindheit führen aber nicht ohne Weiteres zu psychiatrischen Diagnosen oder einer Arbeitsunfähigkeit im Erwachsenenalter. Die Beschwerdeführerin war denn auch über 20 Jahre lang in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, zuletzt bis ins Jahr 2013 in einem 100%-Pensum. Für den Zeitraum der Kindheit und Jugend hat die Beschwerdeführerin selbst in der neuropsychologischen Beurteilung vom 24. November 2017 keine Einschränkungen angegeben (IV-act. 149-2). Für das Erwachsenenalter und insbesondere den Zeitraum ab 2013 geben zudem auch die Behandler, insbesondere Dr. G.\_\_\_\_, keine psychiatrische Erkrankung als Folge der in der Kindheit und Jugend erlebten Ereignisse an. Die Beschwerdeführerin bemängelt, der Tremor der rechten Hand sei ungenügend abgeklärt worden. Dem kann nicht zugestimmt werden. Schon im SMAB-Gutachten klärte der neurologische Gutachter den Tremor ausführlich ab. Er hielt insbesondere fest: "Es fallen auch ausgesprochen variable und unübliche Konstellationen der klinischen Ausprägung des Tremors der rechten Hand auf. Zu beobachten sind die variable Frequenz sowie die Reduktion oder gar das Verschwinden des Zitterns bei Ablenkung oder im beiläufigen Gespräch." (IV-act. 64-46). Zu beachten sei, dass in der Vorgeschichte multiple Somatisierungen vorgekommen seien. Ein wichtiges Kriterium bei einem nicht organischen Zittern sei die tastbare muskuläre Vorspannung der Extremität, die hier deutlich vorhanden sei, einerseits tonisch, dann aber auch zahnradartig. Bei wiederholten Ablenkungen während der Untersuchung verschwinde das Zittern weitgehend. Die Beurteilung als dystoner Tremor werde von den SMAB-Gutachtern deshalb nicht geteilt, sie hätten auch keine anderweitige Dystonie feststellen können. Trotz des Zitterns konnte bei der Untersuchung keine wesentliche Beeinträchtigung in alltäglichen Verrichtungen festgestellt werden (IV-act. 64-47). Gestützt auf die Observationsergebnisse kommt Dr. E.\_\_\_\_ sodann zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin "völlig normal bimanuell ohne relevante Einschränkung tätig sein kann." (IV-act. 146-10). Dr. E.\_\_\_\_ begründet im Weiteren ausführlich, weshalb kein dystoner Tremor vorliegt und mit einiger Wahrscheinlichkeit von einem psychogenen Tremor ausgegangen werden müsse (IV-act. 146-13 f.). Beide Gutachten sind in diesem Punkt nachvollziehbar und nicht zu beanstanden. Unabhängig vom Ursprung des Tremors hat dieser keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin kann beidhändig tätig sein. Sie hat das im Übrigen in der Vergangenheit schon bewiesen. Aus dem von ihr selbst eingereichten Bericht der Klinik Valens vom 16. Januar 2002 ergibt sich, dass der Tremor schon damals vorlag. Die Beschwerdeführerin gibt zudem selbst an, dass ihr deshalb an ihrer letzten Arbeitsstelle

Mitarbeiterinnen beim Einfädeln geholfen hätten. Dennoch konnte sie mit dem Tremor noch über zehn Jahre lang erwerbstätig sein, zuletzt bis Sommer 2013 in einer 100% Anstellung. Arztberichte, welche die Einschätzung des SMAB-Gutachters und Dr. E.\_\_\_\_s in Zweifel ziehen, liegen nicht im Recht. Damit ist auch der in der Replik gestellte Antrag der Beschwerdeführerin, bei der letzten Arbeitgeberin einen Augenschein zu nehmen oder ihre ehemaligen Mitarbeiterinnen als Zeuginnen zu befragen, abzuweisen. Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Übersetzung sei nicht in allen Teilen korrekt erfolgt. Sie habe beispielsweise nicht gesagt, dass sie bis am Mittag im Bett bleibe. Gemäss den Akten hat die Beschwerdeführerin gegenüber den verschiedenen SMAB-Gutachtern leicht variierende Angaben gemacht. So hat sie gegenüber dem neurologischen SMAB-Gutachter offenbar geäussert, ihre Töchter würden sie am Morgen wecken, sonst würde sie einfach bis 12:00 Uhr liegen bleiben (IV-act. 64-44). Dem psychiatrischen Gutachter erzählte sie offenbar, sie stehe zwischen 7:00 und 8:00 Uhr auf, teilweise bleibe sie aber auch bis zum frühen Nachmittag im Bett (IV-act. 64-21). Gegenüber dem internistischen Gutachter äusserte die Beschwerdeführerin, dass sie zwischen 7:00 und 10:00 Uhr aufstehe. Sie sei nicht in der Lage, alleine aufzustehen. Die Kinder oder der Ehemann würden sie wecken (IV-act. 64-38). Diese Angaben wirken differenziert. Auch aus den übrigen Schilderungen in den Gutachten entsteht nicht der Eindruck, die Übersetzung könnte in wesentlichen Teilen fehlerhaft sein. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin, wie ihr Hausarzt Dr. H.\_\_\_\_ betont, gut deutsch spricht (IV-act. 158). Es ist deshalb davon auszugehen, dass sie ihre Dolmetscher bei groben Falschübersetzungen korrigiert hätte, zumal, wenn es sich um lebensnahe Angaben wie etwa den Tagesablauf gehandelt hätte. Im Übrigen wurden von Dr. D.\_\_\_\_, Dr. E.\_\_\_\_ und den SMAB-Gutachtern verschiedene Dolmetscher beigezogen. Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten wurden keine vermerkt. Die Beschwerdeführerin beantragt, für die Arbeitsfähigkeitsschätzung sei auf das SMAB-Gutachten abzustellen und von einer vollen Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen auszugehen. Dr. D.\_\_\_\_ begründete indes ausführlich, weshalb er keine psychiatrische Diagnose stellen kann und von den Einschätzungen der Behandler sowie dem Vorgutachter abweicht. Insbesondere führte er aus, bei der aktuellen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine gewisse depressive Symptomatik demonstriert und beschrieben. Allerdings sei bereits im Gespräch eine starke Aggravation aufgefallen (siehe hierzu IV-act. 147-63 ff.). Die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie sich im Beisein der Töchter wohl fühle und es ihr beim Gang zur nahegelegenen Kapelle gut gehe, was sich allerdings rasch verändere, wenn sie wieder daheim sei. Bei Vorliegen einer depressiven Verstimmung wäre die Beschwerdeführerin hingegen nicht auslenkbar und es würde sich nichts an ihrer Befindlichkeit ändern. Es würden sich daher keine eindeutigen und zuverlässigen Hinweise für das Vorliegen einer depressiven Episode finden (IV-act. 147-65 f.). Eine generalisierte Angststörung dürfe aus formalen Gründen nicht neben einer Depression diagnostiziert werden (IV-act. 147-67). Eine Persönlichkeitsstörung werde übereinstimmend mit dem Vorgutachter ausgeschlossen (IV-act. 147-67). Invaliditätsfremde Faktoren würden eine wesentliche Rolle spielen (zur Dekompensation sei es nach dem Arbeitsplatzverlust gekommen. Die Beschwerdeführerin spreche die deutsche Sprache schlecht, sie habe keine Berufsausbildung abgeschlossen, die Familie wäre auf ihr Einkommen angewiesen. Gegenwärtig werde sie von ihren Kindern unterstützt, ein für sie schwer auszuhaltender Zustand. Auch sei die Beschwerdeführerin natürlich in einem etwas fortgeschrittenen Alter; IV-act. 147-68). Wichtig ist im vorliegenden Kontext auch die Feststellung Dr. D.\_\_\_\_s, der Vorgutachter sei davon

ausgegangen, dass die Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin zuverlässig gewesen sei. Diesem seien die Observationsergebnisse und vor allem auch die Ergebnisse der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung nicht zur Verfügung gestanden (IV-act. 147-73). Dr. D. \_\_\_ hielt weiter fest, es würden erhebliche Diskrepanzen zwischen Beschwerdeschilderung und dem gezeigten Verhalten bzw. der Aktenlage bestehen. Das Verhalten der Beschwerdeführerin bei der Observation sei mit den Einschränkungen, wie sie in den Vorakten dokumentiert seien, nicht vereinbar. Mit den Schilderungen der Aktivitäten bei der aktuellen Untersuchung seien sie doch deutlich besser vereinbar. Die Beschwerdeführerin habe bei der aktuellen Untersuchung gewisse Aktivitäten eingeräumt, allerdings auch nicht widerspruchsfrei (IV-act. 147-77). Dr. G. \_\_\_ machte zwar mit ihrem Verlaufsbericht vom 25. März 2018 geltend, die neuropsychologische Untersuchung habe widerspiegelt, dass die Beschwerdeführerin sehr schnell abgelenkt sei. Dem kann nicht gefolgt werden. Einerseits wird in den Akten dokumentiert, dass die Beschwerdeführerin ihren Blick nicht, wie vorgängig durch die Dolmetscherin erläutert, auf den Bildschirm richtete und auf die relevanten Reize reagierte (rasches Betätigen der Antworttaste), sondern immer wieder aus dem Fenster schaute und dabei wahllos die Antworttaste betätigte (IV-act. 149-11). Andererseits waren die Testergebnisse (mit Ausnahme eines grenzwertigen Testergebnisses) deutlich auffällig und wiesen damit auf eine Antwortverzerrung hin. Die hoch auffälligen Schwankungen der Reaktionsgeschwindigkeit der Beschwerdeführerin sind für die Simulationssensibilität des Alertness-Tests von Bedeutung. Das Verhalten der Beschwerdeführerin anlässlich dieser Untersuchung hatte zur Folge, dass aus den erzielten Daten keine Aussage über ihre Arbeitsfähigkeit aus rein neuropsychologischer Sicht gemacht werden konnte (IV-act. 149-10 ff.). Dr. G. \_\_\_ hält sodann an der Diagnose sowohl einer Depression wie auch einer generalisierten Angststörung fest, obschon Dr. D. \_\_\_ in seinem Gutachten darauf hingewiesen hat, dass die Kombination einer depressiven Episode mit einer generalisierten Angststörung nach ICD-10 nicht in Frage kommt. Im ICD-10 werde dazu explizit ausgeführt, dass ein vorübergehendes Auftreten anderer Symptome während jeweils weniger Tage, besonders von Depression, eine generalisierte Angststörung als Hauptdiagnose nicht ausschliesse, der Betreffende aber nicht die vollständigen Kriterien für eine depressive Episode erfüllen dürfe (IV-act. 147-67). Damit hat sich die behandelnde Psychiaterin ebenso wenig auseinandergesetzt wie mit der von Dr. D. \_\_\_ beschriebenen Auslenkbarkeit der Beschwerdeführerin, welche ebenfalls gegen eine depressive Erkrankung spricht. Nach dem Gesagten wecken weder die Ausführungen der Beschwerdeführerin noch die im Recht liegenden Arztberichte ernsthafte Zweifel am Ergebnis der bidisziplinären Begutachtung. Ein nicht auflösbarer Widerspruch zum SMAB-Gutachten besteht nicht. Vielmehr ist die abweichende Diagnosestellung und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und einleuchtend erklärt. Das bidisziplinäre Gutachten ist demnach beweiskräftig und es ist darauf abzustellen. Die Gutachter hielten fest, es sei nicht auszuschliessen, dass zu einem früheren Zeitpunkt die Kriterien einer depressiven Episode erfüllt gewesen seien. Überwiegend wahrscheinlich sei dies während des ersten Aufenthalts in der Klinik B. \_\_\_ der Fall gewesen. Nicht plausibel sei die seither diagnostizierte anhaltende schwere depressive Episode. Diese Diskrepanz sei damit zu erklären, dass sich die Behandler und der Vorgutachter in erster Linie auf die Angaben der Explorandin gestützt hätten (IV-act. 147-66). Formal könne man eine 100%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit während der Klinikaufenthalte und der Tagesklinikaufenthalte begründen, zuvor und danach aber nicht (IV-act. 147-80). Gemäss den getätigten Schlussfolgerungen ist somit

davon auszugehen, dass lediglich als Reaktion auf den Arbeitsplatzverlust eine gravierende depressive Verstimmung aufgetreten ist. Für die übrige Zeit ist mangels Diagnosen sowie festgestellten Einschränkungen davon auszugehen, dass eine Arbeitsunfähigkeit nicht ausgewiesen ist. Gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten ist die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer angestammten als auch in anderen adaptierten Tätigkeiten zu 100% arbeitsfähig. Somit ist die Beschwerde 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 vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat sie keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin bezahlt unter Anrechnung des Kostenvorschusses von Fr. 600.-- die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.--.

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