

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/61 vom 5. Mai 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-05-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_61

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/61 du 5 mai 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/61 del 5 maggio 2020

Regeste

Art. 7, 8 und 43 ATSG, Art. 28 IVG. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Rückweisung zur Abklärung der Statusfrage, der Validenkarriere sowie zu weiteren medizinischen Abklärungen und zur anschliessenden Neuverfügung. Verwertbarkeit von Videoaufnahmen der Beschwerdeführerin aus der Observation des Ehemannes bejaht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Mai 2020, IV 2018/61).

Volltext

Entscheid vom 5. Mai 2020 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull
Geschäftsnr. IV 2018/61 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin Karin Herzog, M.A. HSG in Law, Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich im September 2014 wegen einer metabolischen Myopathie, einer Depression und Muskelschmerzen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Sie gab an, im Heimatland eine Ausbildung zur Dentalassistentin absolviert zu haben. Derzeit arbeite sie in der Wäscherei bei der B.____ in einem Pensum von 80% und bei der C.____ – sie wasche dort ebenfalls die Wäsche – zu 10%. Am 17. März 2014 hatten Fachärzte des K.____ berichtet (IV-act. 4), aufgrund des Verdachts auf eine metabolische Myopathie bei klinisch chronischer Erschöpfbarkeit und Müdigkeit sei eine Muskelbiopsie durchgeführt worden. Der Verdacht habe sich bestätigt. Bei Fehlen bzw. einem Mangel des Enzyms Myophosphorylase sei die rasche Bereitstellung von Energie durch die Glykolyse für die Skelett-Muskulatur nicht möglich. Erst die später einsetzende Beta-Oxidation der Fettsäuren Sorge für die Bereitstellung von Energiesubstraten für den Muskel. Diagnostisch sei noch eine genetische Testung notwendig. Der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. D.____, Allgemeine Medizin FMH, hatte für den Zeitraum vom 5. August 2014 bis zum 10. August 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und vom 11. August 2014 bis zum 30. September 2014 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 2). Am 20. August 2014 hatte eine Verlaufskontrolle im K.____ stattgefunden. Die Fachärzte hatten am 22. August 2014 die folgenden Diagnosen mitgeteilt (IV-act. 3): Glykogenose Typ V (McArdle-Erkrankung, ED Juni 2014), chronische Migräne ohne Aura und rezidivierende Depressionen. Sie hatten ausgeführt, die Versicherte habe berichtet, sie arbeite zurzeit zu 50%, da sie den Eindruck habe, ein Fuss sei leicht geschwollen. In der genetischen Testung habe der Nachweis einer Mutation im PYCM-Gen, die für die Glykogenose Typ V (McArdle-Erkrankung) typisch sei, erbracht werden können. Der klinisch und bioptisch gesicherte Verdacht einer metabolischen Myopathie habe damit bestätigt werden können. Die Erkrankung könne nur symptomatisch und nicht kausal behandelt werden. Zusätzlich

hätten chronifizierte Kopfschmerzen, die a.e. (wohl: am ehesten) durch eine chronische Form der Migräne zu erklären seien und durch einen Übergebrauch an Schmerzmitteln getriggert würden, bestanden. Des Weiteren sei die Versicherte nach in der Vergangenheit erlittenen psychischen Traumata aufgrund der Diagnose einer Depression in psychiatrischer Behandlung und unter antidepressiver Medikation gewesen. Die Versicherte habe auch über Ganzkörperschmerzen, die möglicherweise im Rahmen einer sekundären "Fibromyalgie" zu erklären seien, geklagt. Durch die Myopathie alleine seien diese nur schwerlich zu erklären. Die Fachärzte erachteten eine IV-Anmeldung als problematisch, da die Versicherte gerne arbeiten wolle, der Ehemann bereits berentet sei und wahrscheinlich eine Verbesserung von zumindest einiger der beschriebenen Symptome erreicht werden könne. In einem Arbeitgeberbericht teilte eine Mitarbeiterin der B.____ am 17. September 2014 mit (IV-act. 8), die Versicherte sei seit dem 1. April 2013 in einem 80%-Pensum tätig. Der AHV-pflichtige Jahreslohn betrage seit dem 1. November 2011 Fr. 42'920.80 (inklusive 13. Monatslohn). Die Arbeit der Versicherten in der Wäscherei sei insofern körperlich streng, als sie fast immer im Stehen und Gehen gemacht werden müsse. Dr. D.____ teilte am 27. September 2014 mit (IV-act. 14), die Versicherte leide an einer depressiven Entwicklung, an einer chronischen Migräne und an einer Myopathie (Glykogenose Typ V, McArdle-Erkrankung, mit sekundärer Fibromyalgie und depressiver Entwicklung). Leichte bis mittelschwere Arbeiten in Wechselbelastung von bis zu vier Stunden pro Tag seien der Versicherten zumutbar. Er attestierte eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 11. August 2014. Die RAD-Ärztin Dr. med. E.____ notierte am 10. Oktober 2014 (IV-act. 24), aufgrund der Diagnosen sei dauerhaft nicht mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf über 50% zu rechnen. Dies gelte für die angestammte Tätigkeit in der Wäscherei und für adaptierte Tätigkeiten. Am 2. Februar 2015 berichtete Dr. D.____ (IV-act. 22-2), der Gesundheitszustand der Versicherten sei stationär. Die Versicherte sei vom 8. Oktober 2014 bis zum 29. Oktober 2014 in der Klinik L.____ hospitalisiert gewesen. Der Aufenthalt in der Klinik L.____ habe ihr zwar sichtlich wohl getan, der Effekt sei jedoch nicht für lange Zeit bestehen geblieben. Noch immer klage sie über eine chronische Schwäche und eine Belastungsintoleranz. Des Weiteren habe sie die klassischen "Depressiv-Symptome" wie innere Unruhe, Nervosität, Aggressivität und Konzentrationsstörungen beschrieben. Aufgrund der Belastungsintoleranz und der chronischen Müdigkeit sei sie nicht mehr in der Lage, ein volles Arbeitspensum zu verrichten. An der Arbeitsstelle bei der B.____ sei sie bestens integriert; die Leistung sei um 50% vermindert. Dr. D.____ legte den Austrittsbericht der Klinik L.____ vom 4. November 2014 bei. Darin hatten die Fachärzte die folgenden Diagnosen angegeben (IV-act. 22-4 ff.): Glukogenose Typ V (McArdle-Erkrankung, ED 06/2014), chronische Migräne ohne Aura, rezidivierende Depressionen, chronisches cervicocephales Syndrom und sekundäre Fibromyalgie. Sie hatten vom 8. Oktober 2014 bis zum 2. November 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Zudem hatten sie festgehalten, ab dem 3. November 2014 sei der Versicherten eine 50%ige wechselbelastende Arbeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zumutbar; Arbeiten über Kopf sollten vermieden werden. Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, berichtete am 3. Februar 2015 (IV-act. 27), er betreue die Versicherte seit August 2013 neuro-psychiatrisch. Bekanntlich sei ein Neurologe in der Lage, psychiatrische Patienten zu betreuen. Die Versicherte leide seit langem an einer mindestens mittelgradigen Depression. Man könne auch von einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgehen. Sie sei in ihrem Heimatland in einer politischen Organisation aktiv gewesen. Sie sei verfolgt und verhaftet worden, eineinhalb Jahre im Gefängnis gewesen und psychisch und physisch gefoltert

worden. Ausserdem habe sie eine schlechte Kindheit gehabt; der Vater sei gewalttätig gewesen. Auch der Ehemann leide an einer ausgeprägten posttraumatischen Belastungsstörung. Er sei ebenfalls politisch aktiv und im Gefängnis gewesen. Die Versicherte habe zudem starke Kopfschmerzanfälle und vor kurzem sei eine metabolische Myopathie festgestellt worden. Sie sei stets extrem müde und sie ermüde rasch. Die Arbeitsfähigkeit betrage höchstens 50%. Am 11. März 2015 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 34), das Begehren um berufliche Massnahmen werde abgewiesen. Am 6. und 7. August 2015 wurde die Versicherte auf Veranlassung der Krankentaggeldversicherung durch das Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG (AEH) untersucht (Fremdakten-act. 1). Die Sachverständigen führten eine funktionsorientierte medizinische Abklärung, welche unter anderem eine angepasste Form der Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) beinhaltete, durch. Zusätzlich wurde die Versicherte am 12. August 2015 psychiatrisch durch Dr. med. G. ___ untersucht. Im Gutachten vom 7. September 2015 gaben die Sachverständigen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11), und Glykogenose Typ V (McArdle-Erkrankung, ED 06/2014). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: Chronische Migräne ohne Aura (Attackenfrequenz: etwa drei Mal pro Monat), chronisches zervikozephalales Syndrom und sekundäre Fibromyalgie. Die Sachverständigen hielten fest, objektiv bestehe eine starke psychische Belastung in der Anamnese und im täglichen Leben mit dem erkrankten Ehemann. Diese Belastung wirke sich als Tendomyopathie der Kaumuskulatur mit Kiefergelenksdysfunktion und als muskuläre Dysbalancen mit Verspannungen im Schulter- und Nackenbereich aus. Zusätzlich bestünden Migräneattacken. Dies alles werde noch verstärkt und überlagert durch die genetische Aberration. Als Folge habe sich der psychische Zustand somatisiert und als sekundäre Fibromyalgie entwickelt. Bei der EFL habe die Versicherte eine fragliche Leistungsbereitschaft und eine schlechte Konsistenz gezeigt. Bei Kraft- und Überkopparbeitstests habe sie sich wegen einer zunehmenden Schmerzsymptomatik schnell selbst limitiert. Am zweiten Tag habe sich eine angeschwollene Schulterhebemusculatur gezeigt. Die Versicherte scheine sehr empfindlich zu sein; sie habe jede einzelne Veränderung, besonders in den Händen, beschrieben. Vordergründig seien die psychischen und nicht die körperlichen Probleme. In der angestammten Tätigkeit bestehe aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht eine 75%ige Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht liege die Arbeitsfähigkeit bei 50%. Aus interdisziplinärer Sicht sei damit eine Arbeitsunfähigkeit von 50% begründet. Die angestammte Tätigkeit in der Wäscherei sei dem Gesundheitszustand der Versicherten gut angepasst. Jede andere adäquate Tätigkeit sei der Versicherten zu 50% zumutbar. Die Versicherte gab am 17. November 2015 im Fragebogen betreffend Erwerbstätigkeit / Haushalt an (IV-act. 38), sie arbeite zurzeit 20 Stunden pro Woche. Die Frage, in welchem Pensum sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre und was die Gründe hierfür seien, liess sie offen. Dr. F. ___ berichtete am 23. November 2015 (IV-act. 40), aus somatisch-neurologischer Sicht könne man bei der Versicherten im Rahmen einer Routineuntersuchung keine objektiven Befunde erheben. Bei den im Bericht vom 3. Februar 2015 aufgeführten psychischen Beschwerden handle es sich um objektive psychische Symptome. Die Versicherte könne täglich nicht mehr als drei bis vier Stunden arbeiten, dies vor allem wegen der metabolischen Myopathie, welche zu Müdigkeit und rascher Ermüdbarkeit führe. Am 13. Mai 2016 berichtete Dr. D. ___ (IV-act. 52), der

Gesundheitszustand der Versicherten sei stationär. Die Versicherte sei vom 30. März 2016 bis zum 14. April 2016 auf der psychosomatischen Abteilung der Klinik H.____ hospitalisiert gewesen. Sie betreibe weiterhin Fitness. Dr. D.____ legte den Kurzaustrittsbericht der Klinik H.____ vom 15. April 2016 bei. Darin hatten die Fachärzte im Wesentlichen folgende Diagnosen angegeben (IV-act. 52): Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), metabolische Myopathie (Glykogenose Typ V, McArdle-Erkrankung, ED 06/2014), sekundäre Fibromyalgie, chronisches cervicocephales Syndrom, chronische Migräne ohne Aura und Durchschlafstörung. Sie hatten ausgeführt, angesichts der kurzen Aufenthaltsdauer habe eine höchstens ansatzweise Stabilisierung des Gesamtbefindens erzielt werden können. Die Versicherte habe eine Rückkehr von Antrieb und Motivation, eine Verbesserung des Schlafs und einen körperlichen Aufbau beschrieben. Die Fachärzte hatten während des Aufenthalts und bis zum 1. Mai 2016 eine 100%ige und vom 2. Mai 2016 bis zum 15. Mai 2016 eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Am 6. Juni 2016 teilte Dr. F.____ mit (IV-act. 54), objektiv veränderte Befunde lägen nicht vor. Die Versicherte fühle sich subjektiv aber schlechter als vor zwei Monaten. Sie sei stets müde und ermüde rasch, vor allem wegen der metabolischen Myopathie. Die bisherige Tätigkeit sei ihr zu zweieinhalb bis dreieinhalb Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche zumutbar. Die Leistung sei um 30 – 40% vermindert. Sie könne nicht ganztags in einer reduzierten Leistung arbeiten, da sie für sich selber drei bis vier Stunden täglich zur Erholung nach der Arbeitstätigkeit benötige. Sie sei für alle in Frage kommenden Tätigkeiten zu 50% arbeitsfähig. Eine Mitarbeiterin der B.____ teilte am 8. Juli 2016 mit (IV-act. 57, 58), das Arbeitspensum der Versicherten betrage ab August 2016 40%. Trotz der grossen Arbeitsbereitschaft sei die Versicherte mit diesem Pensum an der obersten Grenze. Der RAD-Arzt Dr. med. I.____ empfahl am 20. Oktober 2016 eine polydisziplinäre Begutachtung (IV-act. 66). Er hielt im Wesentlichen fest, die Angaben von Dr. F.____ betreffend das zeitliche Leistungsvermögen der Versicherten seien widersprüchlich. Am 10. November 2016 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 61), zur Klärung der Leistungsansprüche sei eine polydisziplinäre Untersuchung notwendig. Am 2. Dezember 2016 hielt ein Mitarbeiter der IV-Stelle fest (IV-act. 65), diese habe eine vertiefte Prüfung des Falles für angebracht gehalten. Bei dieser Prüfung sei erkannt worden, dass der Ehemann der Versicherten im Rahmen eines Rentenrevisionsverfahrens an mehreren Tagen im November und Dezember 2014 und an einem Tag im Dezember 2015 überwacht worden sei. Anlässlich weniger Situationen sei die Versicherte miterfasst worden. Um den Gutachtern eine möglichst korrekte und objektive Einschätzung des Gesundheitszustands zu ermöglichen, seien die betreffenden Sequenzen aus der Überwachung des Ehemannes der Versicherten herausgeschnitten worden. Die Aufnahmen hätten gezeigt, dass bei der Versicherten zu keiner Zeit Einschränkungen hätten beobachtet werden können. Am 6. und 7. Februar 2017 wurde die Versicherte durch die Ärztliche Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) polydisziplinär (internistisch, psychiatrisch, rheumatologisch und neurologisch) untersucht. Im Gutachten vom 3. April 2017 gaben die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an (IV-act. 72-25): Chronisches zervikokapuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0) und metabolische Myopathie (Glukogenose Typ IV [recte: Typ V], McArdle-Erkrankung, ICD-10 G71.9). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter: Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4, anamnestisch Verdacht auf Fibromyalgie-Syndrom, ICD-10 M79.0), Migräne ohne Aura, Adipositas und unklare

Leberwerterhöhung. Der internistische Gutachter hielt fest (IV-act. 72-7 f.), die Versicherte habe vor allem Migräne- und Muskelschmerzen angegeben. Bei Anstrengungen werde sie rasch müde. Im klinischen Status habe er eine Adipositas festgestellt. Die übrigen Befunde seien unauffällig gewesen. Bei den Laboruntersuchungen sei eine mässige Erhöhung fast aller Leberwerte aufgefallen. Die Ursache sei unklar gewesen. Eine Erklärung für die von der Versicherten angegebenen Beschwerden habe sich daraus nicht ergeben. Aus allgemeininternistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt gewesen. Aufgrund der Anamnese und der Untersuchungsbefunde hätten sich auch keine Hinweise für eine frühere, länger andauernde Arbeitsunfähigkeit ergeben. Der psychiatrische Gutachter führte aus (IV-act. 72-10 ff.), die Versicherte habe traurig gewirkt und die affektive Modulation sei zum depressiven Pol gerichtet gewesen. Die Versicherte habe eine erhöhte Ermüdbarkeit und Schlafstörungen sowie Ängste in Bezug auf das Autofahren auf der Autobahn angegeben. Gemäss ihren eigenen Angaben habe sie wegen Konzentrationsstörungen schon drei Autounfälle gehabt. Als Hauptbeschwerde habe sie diffuse, ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat angegeben. Diagnostisch habe eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen, eine erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation, bestanden. Des Weiteren habe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, gekennzeichnet durch ausgeweitete, diffuse Schmerzen im Bewegungsapparat, die deutlich ausgeprägt seien bei emotionalen, vor allem lebensgeschichtlichen Belastungen, bestanden. Die Versicherte sei gemäss ihren eigenen Angaben in ihrem Heimatland inhaftiert, geschlagen und sogar vergewaltigt worden, nachdem sie bereits durch ihren Vater häusliche Gewalt erlebt habe. Der Ehemann beziehe eine IV-Rente und die finanzielle Situation sei angespannt. Im Untersuchungsgespräch habe kein aggravatorisches Verhalten bestanden. Die Versicherte verfüge über Ressourcen mit Berufserfahrung. Sie habe auch eine Familie gegründet und zwei Kinder grossgezogen. Soziale Kontakte pflege sie nach wie vor, wenn auch nicht mehr viele. Die Versicherte habe angegeben, mit dem Auto kurze Strecken fahren zu können, was gegen das Vorliegen von deutlichen Konzentrationsstörungen spreche. Eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe nicht erhoben werden können. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) festzustellen gewesen. Die Arbeitsfähigkeit sei nicht eingeschränkt gewesen. Möglich sei, dass die Depression im Verlauf punktuell, aber nicht gemittelt stärker ausgeprägt gewesen sei. Im Vorgutachten des AEH habe der psychiatrische Gutachter wegen einer mittelgradigen depressiven Störung eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit angegeben. Bei der EFL seien aber Inkonsistenzen und eine Selbstlimitierung festgestellt worden. Bei einer Überwachung des Ehemannes sei ebenfalls beobachtet worden, dass die Versicherte recht aktiv gewesen sei. Der behandelnde Psychiater Dr. F.____ habe aber weiterhin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bei einer mittelgradigen Depression und einer posttraumatischen Belastungsstörung angegeben. Auch in der Klinik H.____ seien die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, aufgeführt worden. In der Klinik L.____ seien eine rezidivierende Depression und eine Fibromyalgie festgehalten worden. Bei der rheumatologischen Diagnose einer Fibromyalgie handle es sich um die psychiatrische Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung habe nicht gestellt werden können, da die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 nicht hinreichend

erfüllt gewesen seien. Es hätten zwar schwere traumatische Erlebnisse in der Heimat bestanden. Deutliche Erinnerungen, die sich aufdrängten, so als ob das traumatische Ereignis unmittelbar stattfinde, hätten aber gefehlt, ebenso ein emotionaler Rückzug mit einer Abstufung der Umgebung gegenüber oder Phasen von Erregtheit. Die Depression sei leicht ausgeprägt gewesen, was auch mit den täglichen Aktivitäten, die der Versicherten möglich seien, vereinbar gewesen sei. Ein rezidivierender Verlauf der Depression mit deutlichen Phasen von Verschlechterung, Verbesserung und symptomfreien Intervallen sei nicht erwiesen gewesen. Die Versicherte habe zudem einen kontinuierlichen Verlauf angegeben. Der rheumatologische Gutachter gab an (IV-act. 72-18 ff.), im Vordergrund der beklagten Beschwerden hätten eine anhaltende starke Müdigkeit und eine Leistungsintoleranz gestanden. Die Beschwerdeführerin habe berichtet, diese Müdigkeit sei auch ohne berufliche Tätigkeiten vorhanden. Spezifische Beschwerden, vor allem im Nackenschultergürtel, träten insbesondere bei repetitiven Tätigkeiten wie beispielsweise beim zweistündigen, ununterbrochenen Bügeln auf. Bei der Versicherten habe eine leichte Haltungsinsuffizienz bestanden. Die als intermittierend, vor allem belastungsabhängig beklagten Nackenschultergürtelbeschwerden im Sinne eines zervikoskopulären Schmerzsyndroms hätten auf der Basis einer muskulären Dekonditionierung erklärt werden können. In der Anamnese sei imponierend gewesen, dass die Versicherte seit Jahrzehnten über ausgedehnte Ganzkörperschmerzen geklagt und immer wieder über eine ausgeprägte Müdigkeit, eine Leistungsintoleranz, einen teilweise nicht erholsamen Schlaf und Konzentrationsstörungen berichtet habe. Die Fibromyalgie-Kriterien seien damit erfüllt gewesen. Diskutiert werden könne, ob eine sekundäre Fibromyalgie im Rahmen der metabolischen Myopathie hätte diagnostiziert werden können. Eine relevante eigenständige Pathologie am Bewegungsapparat habe hingegen nicht festgestellt werden können. In der Begutachtung durch das AEH hätten sich bei der Durchführung der EFL eine fragliche Leistungsbereitschaft, eine deutliche Selbstlimitierung und eine schlechte Konsistenz gezeigt. Diesbezüglich sei von einem inkonsistenten Verhalten der Versicherten auszugehen. Eine relevante anamnestische Inkonsistenz habe bei der Aussage der Versicherten, die Fachärzte des K. ___ hätten ihr damals mitgeteilt, sie würden eine 100%ige IV-Berentung vorschlagen, aber sie (die Versicherte) habe dies nicht gewollt, da sie zumindest in einem 50%igen Arbeitspensum habe weiterarbeiten wollen, bestanden. Dazu sei festzuhalten, dass die Fachärzte des K. ___ im betreffenden Bericht eine IV-Anmeldung für problematisch erachtet hätten. Abschliessend könne postuliert werden, dass sich die beklagten Leiden nicht konsistent in allen Lebensbereichen ausgewirkt hätten. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe ein chronisches zervikoskopuläres Schmerzsyndrom bestanden. Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe die Diagnose eines anamnestischen Verdachts auf ein Fibromyalgie-Syndrom gehabt. Aus rheumatologischer Sicht sei eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Wäschereimitarbeiterin zu attestieren gewesen, wobei eine um 20% reduzierte Leistungsfähigkeit bereits berücksichtigt worden sei. Die Arbeitsposition müsse regelmässig gewechselt werden können. Das Heben und Tragen von Lasten bis zur Taillenhöhe sei auf maximal 15 Kilogramm und von Taille bis zum Kopf auf maximal zehn Kilogramm zu limitieren. Überkopfarbeiten seien nur intermittierend durchzuführen. Keinerlei Einschränkungen hätten für manuell verarbeitende Tätigkeiten in mehrheitlicher Schulterneutralstellung bestanden. Ebenso wenig hätten Einbussen in Bezug auf die Gehfähigkeit in der Ebene bestanden. Die Einschätzungen im Rahmen des Gutachtens des AEH hätten weitgehend bestätigt werden können. Damals sei aus rheumatologischer Sicht

eine 75%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit postuliert worden. Weitere Inkonsistenzen hätten unter Berücksichtigung des Berichts der IV-Stelle vom 2. Dezember 2016 vorgelegen, wonach keine spezifischen physischen Einschränkungen im Alltag der Versicherten hätten beobachtet werden können. Der neurologische Gutachter berichtete (IV-act. 72-23 f.), die Versicherte habe an einem generalisierten Schmerzsyndrom und an chronischen Kopfschmerzen gelitten, wobei es sich im Wesentlichen um chronische Spannungskopfschmerzen gehandelt habe. Daneben sei es zu migräneartigen Exazerbationen gekommen. In der Untersuchung habe die Versicherte hinsichtlich der Migräne keine Angaben zur Attackenfrequenz machen können. Im Gutachten des AEH sei von einer Attackenfrequenz von drei pro Monat gesprochen worden. Somit habe davon ausgegangen werden können, dass die Migräne in Bezug auf die funktionelle Beeinträchtigung nicht den wesentlichen Faktor dargestellt habe. Im Weiteren sei im Jahr 2014 der Nachweis einer metabolischen Myopathie erbracht worden. Diese äussere sich üblicherweise in einer Belastungsintoleranz, indem es bei stärkerer körperlicher Belastung zum Auftreten einer Schwäche komme, welche teilweise mit Schmerzen und krampfartigen Muskelkontraktionen verbunden seien. Typischerweise träten diese Beschwerden jedoch bei stärkerer körperlicher Belastung und nicht bereits beim Tragen einer Tasche auf. Das generalisierte Schmerzsyndrom (Ruheschmerz) sei atypisch für die vorliegende Muskelerkrankung. Der Versicherten sei es möglich gewesen, regelmässig ein Fitnesstraining durchzuführen. Obwohl die Muskelerkrankung bereits in der Jugend vorhanden gewesen sei, sei es bisher zu keiner höhergradigen funktionellen Einschränkung gekommen. Somit dürfte ein Mischbild zwischen einer unspezifischen generalisierten Schmerzsymptomatik (Fibromyalgie-Syndrom) und gewissen Einschränkungen aufgrund der Muskelerkrankung vorgelegen haben. Im Weiteren habe sich die Versicherte über Schlafstörungen beklagt. Aufgrund der anamnestischen Angaben hätten sich Hinweise auf eine eingeschränkte Schlafhygiene ergeben. Hinweise auf eine somatische Ursache hätten nicht bestanden. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit alleine aufgrund der Muskelerkrankung sei schwierig einzustufen gewesen, weil es sich um eine überlappende Symptomatik mit einem unspezifischen Schmerzsyndrom gehandelt habe. Da bei der Muskelerkrankung von einer gewissen Belastungsintoleranz ausgegangen werden können, seien Einschränkungen in der aktuellen Tätigkeit, bei welcher es sich um eine leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit handle, nachvollziehbar gewesen. In der aktuellen Tätigkeit als Wäschereimitarbeiterin habe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60% bestanden. In einer besser angepassten Tätigkeit mit lediglich leichter körperlicher Belastung, welche vorwiegend im Sitzen ausgeübt werde und nicht vorwiegend repetitive Körperbewegungen umfasse, habe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% bestanden. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung gelte seit der Diagnosestellung der Myopathie im Juni 2014. Dr. F. ___ habe im Bericht vom 23. November 2015 festgehalten, die Muskelerkrankung habe zu einer relativ starken Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt; die Versicherte habe pro Tag nicht mehr als drei bis vier Stunden arbeiten können. Diese relativ hochgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei aber aus neurologischer Sicht nicht nachvollziehbar gewesen. Insbesondere sei die von Dr. F. ___ erwähnte Müdigkeit kein typisches Symptom der McArdle-Erkrankung. In der Konsensbeurteilung gaben die Sachverständigen an (IV-act. 72-26), die Versicherte sei in der angestammten Tätigkeit in der Wäscherei wie auch in anderen, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten zu 60% arbeits- und leistungsfähig gewesen. Eine angepasste, körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitive Körperbewegungen sei mit einer

80%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit möglich gewesen. Die Arbeitsfähigkeit habe in einem ganztägigen Pensum mit etwas vermehrten Pausen verwertet werden können. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung gelte seit der Diagnosestellung der Myopathie im Juni 2014. Möglich sei, dass kurzzeitig eine höhere Arbeitsunfähigkeit durch eine depressive Phase bestanden habe. Eine längere depressive Episode mit höherer Arbeitsunfähigkeit habe aber nicht bestätigt werden können. Aufgrund der somatischen Befunde sei die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Haushaltsarbeiten nicht wesentlich eingeschränkt gewesen. Die schweren Arbeiten hätten individuell angepasst mit Pausen verrichtet werden können. Der RAD-Arzt Dr. I. ___ notierte am 24. Mai 2017 (IV-act. 73), die psychiatrische Befunderhebung im Gutachten des ABI sei heikel, da die Haupt- und Nebensymptome einer depressiven Episode nach ICD-10 nicht vollständig dokumentiert worden seien. Angaben zu einem allfälligen Interessenverlust, zu Freudlosigkeit, zu Selbstwertgefühl/ Selbstvertrauen, zu Gefühlen von Schuld/Wertlosigkeit, zur Antriebslage und zum Appetit fehlten. Der psychiatrische Gutachter habe angenommen, der Umstand, dass die Versicherte Auto fahre, schliesse Konzentrationsstörungen aus. Die Versicherte habe allerdings über multiple Autounfälle infolge von Konzentrationsstörungen berichtet. Dennoch sei auf das Gutachtenergebnis abzustellen. Mit einem Vorbescheid vom 29. Mai 2017 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 75), sie sehe vor, das Begehren um eine Rente abzuweisen. Zur Begründung gab sie an, sie gehe von der Qualifikation vor der IV-Anmeldung aus, also 90% Erwerbstätigkeit und 10% Haushaltstätigkeit. In der angestammten Tätigkeit in der Wäscherei bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60% und in leidensadaptierten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Im Haushalt liege unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht der im selben Haushalt wohnenden Personen kein anrechenbarer Behinderungsgrad vor. Das Valideneinkommen von Fr. 47'965.-- entspreche dem letzten Jahreslohn vor der IV-Anmeldung, aufgerechnet auf das Jahr 2014. Das zumutbarerweise erzielbare Invalideneinkommen von Fr. 43'034.-- entspreche dem um 20% reduzierten Zentralwert des Einkommens für eine Hilfsarbeiterin gemäss der Lohnstrukturhebung des Bundesamts für Statistik für das Jahr 2014. Bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 4'931.-- betrage der IV-Grad im Erwerbsbereich damit 10%. Die Einschränkung im Haushalt betrage 0%. Nach der gemischten Methode ergebe dies einen IV-Grad von 9%. Die Versicherte erhob am 2. Juni 2017 dagegen einen Einwand (IV-act. 76). Sie beantragte die Zusprache einer halben Rente. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, die eingereichten Arztberichte belegten, dass sie an gesundheitlichen Beeinträchtigungen leide. Der im Vorbescheid festgehaltene IV-Grad von 10% sei daher unzutreffend. Als neue Berichte reichte sie einen Kurzbericht der B. ___ von Ende Mai 2017 (IV-act. 77) sowie den (ausführlichen) Austrittsbericht der Klinik H. ___ vom 27. Mai 2016 betreffend den stationären Aufenthalt vom 30. März 2016 bis zum 14. April 2016 ein (IV-act. 78). Die Fachärzte hatten darin im Wesentlichen dieselben Diagnosen wie im Kurzaustrittsbericht vom 13. April 2016 angegeben. Statt einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung hatten sie eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Sie hatten notiert, die Versicherte habe beim Eintritt subjektive Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen und deutliche Gedächtnisstörungen angegeben, welche im Gespräch aber nicht aufgefallen seien. Zudem habe sie von Flashbacks und wiederkehrenden Intrusionen berichtet. Hinweise auf Befürchtungen, Zwänge, Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen hätten nicht bestanden. Im Affekt habe die Versicherte depressiv niedergestimmt und weinerlich gewirkt. Sie habe Suizidgedanken bejaht, sich jedoch glaubhaft von Suizidabsichten

distanziert. Beim Austritt sei die Versicherte im Affekt traurig und niedergestimmt gewesen. Der Antrieb sei leicht gebessert gewesen. Unverändert seien Schlafstörungen und eine hohe Tagesmüdigkeit vorhanden gewesen. Ebenso hätten nach wie vor Konzentrationsstörungen und eine hohe Vergesslichkeit bestanden. Die Versicherte habe zudem von Alpträumen und Ängsten im sozialen Kontext und von einem ständigen "auf der Hut sein" (Hyperarousal), welche als Symptome der Traumafolgestörung gewertet werden könnten, berichtet. Am 8. September 2017 machte die Versicherte ergänzend geltend (IV-act. 86), das Gutachten des ABI sei nicht verwertbar, da sich die Gutachter mehrfach auf die Observationsaufnahmen, die im Rahmen des IV-Verfahrens ihres Ehemannes (Ehemann der Versicherten) erstellt worden seien, bezogen hätten. Diese Aufnahmen seien rechtswidrig erlangt worden. Zudem habe es an einem Anfangsverdacht gefehlt. Des Weiteren sei das Gutachten des ABI hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung nicht nachvollziehbar. Sämtliche anderen Ärzte hätten mindestens eine rezidivierende depressive Störung mittelgradiger Episode diagnostiziert. Auch der RAD habe festgehalten, die psychiatrische Befunderhebung sei heikel. Es sei höchstens von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit auszugehen. Da die angestammte Tätigkeit auch adaptiert und sie weiterhin zu 50% arbeitstätig sei, sei als Invalideneinkommen das tatsächlich erzielte Einkommen heranzuziehen. Mit einer Verfügung vom 4. Januar 2018 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (IV-act. 89). Zu den Einwänden gegen den Vorbescheid hielt sie fest, betreffend die Verwertbarkeit der Ausschnitte aus der Observation des Ehemannes der Versicherten sei festzuhalten, dass es als normaler Lebensumstand angesehen werden müsse, dass die Versicherte teilweise ebenfalls aufgenommen worden sei. Der RAD habe zu den Einwänden Stellung genommen und sei zum Schluss gekommen, dass an der gutachterlichen Einschätzung festzuhalten sei (zur Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. I. ___ vom 30. November 2017 vgl. IV-act. 88). Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) erhob am 7. Februar 2018 eine Beschwerde (act. G 1). Sie beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 4. Januar 2018 und die Zusprache der gesetzlichen Leistungen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Durchführung von weiteren Abklärungen an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Ergänzend zu den Einwänden im Vorbescheidverfahren machte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, im Vordergrund stünden die psychiatrischen Erkrankungen – Depression und posttraumatische Belastungsstörung – und die Glykogenose Typ V (McArdle-Erkrankung). Die McArdle-Erkrankung verursache insbesondere eine Belastungsintoleranz, Muskelschmerzen, Muskelkrämpfe und eine chronische Fatigue. Das Hauptproblem liege in der starken Ermüdung und Erschöpfung. Die Müdigkeit beeinträchtige sie mehr als die Schmerzen. Sie habe dies den Gutachtern auch mehrfach mitgeteilt. Neben der McArdle-Erkrankung hätten auch die psychischen Erkrankungen Auswirkungen auf die Belastbarkeit und die Energie. Hinzu kämen noch die Muskelschmerzen. Es sei deshalb nicht nachvollziehbar, dass sie in ihrer Arbeitsfähigkeit nur zu 20% eingeschränkt sein solle. Auch die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters sei nicht nachvollziehbar. Übereinstimmend mit den behandelnden Ärzten sei von einer rezidivierenden depressiven Störung mittleren Grades auszugehen. Zudem hätten die Klinik H. ___ und Dr. F. ___ eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Die Observationsaufnahmen seien nicht verwertbar. Sollten diese dennoch verwendet werden dürfen, sei zu beachten, dass die Aufnahmen einzig zeigten, wie sie mit ihrem Ehemann einkaufen gegangen sei und einmal das Hallenbad aufgesucht habe. Sie habe nie geltend gemacht, dass sie keinen Aktivitäten mehr nachgehen könne. Entsprechend sei sie auch

noch zu 50% erwerbstätig – 40% bei der B.____ und 10% bei der C.____. Mit Ausnahme der Gutachter hätten alle involvierten Ärzte eine Arbeitsfähigkeit von 50% attestiert. Bevor das Gutachten vorgelegen habe, sei auch der RAD dieser Ansicht gewesen. Es sei deshalb von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Beschwerdegegnerin beantragte die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, das Gutachten des ABI sei beweiskräftig, weil auf es trotz der Lücken im psychiatrischen Teilgutachten insgesamt abgestellt werden könne. Die Beschwerdeführerin habe zudem keine konkreten Gründe geliefert, um die Zuverlässigkeit des Gutachtens in Zweifel zu ziehen. In Bezug auf die Frage, ob das Observationsmaterial aus dem IV-Verfahren des Ehemannes der Beschwerdeführerin verwendet werden könne, sei massgebend, ob Zufallsfunde verwertbar seien. Es sei als normaler Lebensumstand zu verstehen, dass die Beschwerdeführerin als Ehefrau der Zielperson auch von den Überwachungsmassnahmen erfasst werden könne. Des Weiteren seien sämtliche von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung geforderten Elemente betreffend die Verwertbarkeit von Observationsmaterial – das Bestehen eines Anfangsverdachts, das Aufnehmen von unbeeinflussten Handlungen des Versicherten im öffentlichen Raum und keine systematische oder ständige Überwachung – erfüllt gewesen. Ein Anfangsverdacht habe vorgelegen, weil die Beschwerdeführerin in der Begutachtung durch das AEH im Rahmen der Durchführung der EFL erhebliche Inkonsistenzen, eine fragliche Leistungsbereitschaft und eine undifferenzierte Schmerzbeschreibung zur Schau gestellt habe. Die Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 habe ergeben, dass die Schwere und das Ausmass des Krankheitsgeschehens als nicht gravierend bezeichnet werden könnten. Der Anspruch auf eine IV-Rente sei damit zu Recht verneint worden. Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Replik vom 21. August 2018 im Wesentlichen ergänzend geltend (act. G 11), sie sei vom 12. Juni 2018 bis zum 9. Juli 2018 erneut in der Klinik H.____ hospitalisiert gewesen. Seit dem Austritt befinde sie sich in Behandlung im J.____. Aufgrund der kurzen Behandlungsdauer habe noch kein Bericht erstellt werden können. Die Ärzte der Klinik H.____ hätten neben den bekannten somatischen Erkrankungen sowohl eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, als auch eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Aufgrund dieser Beurteilung hätten sie bis zum 9. Juli 2018 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert und einen anschliessenden stufenweisen Einstieg mit einer 40%igen Arbeitsfähigkeit empfohlen. Die von der Beschwerdegegnerin vorgebrachten Inkonsistenzen hätten keine Relevanz. Die Inkonsistenzen seien vom rheumatologischen Gutachter festgestellt worden. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe aber vor allem aufgrund der psychischen Probleme. Insbesondere könne aufgrund dieser angeblichen Inkonsistenzen kein Anfangsverdacht, welcher die Verwendung der Observationen zuliesse, begründet werden. Die von der Beschwerdegegnerin geltend gemachten, wahrheitswidrigen Angaben basierten auf einer einzigen Aussage, nämlich dass sie erwähnt haben solle, die Fachärzte des K.____ hätten eine volle IV-Berentung empfohlen; im Bericht hätten die Fachärzte aber davon abgeraten. Was die Fachärzte genau gesagt hätten, sei unklar. Es sei ohne weiteres möglich, dass es zu einem Missverständnis gekommen sei. Einzig aus diesem Grund Inkonsistenzen in Bezug auf den Gesundheitszustand zu begründen, sei nicht haltbar. Die Beschwerdeführerin legte den Austrittsbericht der Klinik H.____ vom 7. August 2018 bei (act. G 11.1). Die Fachärzte hatten darin die von der Beschwerdeführerin genannten Diagnosen angegeben. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hatten sie für die Zeit nach dem 9. Juli 2018 einen stufenweisen Einstieg bei einer 40%igen Arbeitsfähigkeit mit einer

sukzessiven und belastungsangepassten Erhöhung empfohlen. Sie hatten ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei im Zustand einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, in die Klinik eingetreten. Im Verlauf habe eine Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes erzielt werden können. Die erzielten Fortschritte seien aber noch fragil und die Beschwerdeführerin sei weiterhin reduziert belastbar gewesen. Die Beschwerdegegnerin machte in der Duplik ergänzend geltend (act. G 13), die Rügen der Beschwerdeführerin verfangen nicht. Sie habe bislang keine konkreten Indizien vorgebracht, die gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprechen würden. Erwägungen Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2018 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem IV-Grad von 9% verneint. Strittig ist somit, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine 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). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; sog. Betätigungsvergleich). Bei Versicherten, die teilweise erwerbstätig und teilweise im Aufgabenbereich tätig sind, wird der Invaliditätsgrad für beide Bereiche nach der jeweiligen Methode berechnet; die Teilinvaliditätsgrade werden nach den Anteilen der Bereiche "gewichtet" und dann addiert (sog. gemischte Methode; Art. 28a Abs. 3 IVG). Vorab ist zu prüfen, ob die Bemessung des Invaliditätsgrades der Beschwerdeführerin anhand eines reinen Einkommensvergleichs (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG) oder anhand der sog. gemischten Methode mit einer Teilerwerbstätigkeit und einer Tätigkeit im Aufgabenbereich (Art. 28a Abs. 3 IVG i.V.m. Art. 27 bis IVV) zu erfolgen hat. Die Beschwerdegegnerin hat in der Verfügung vom 4. Januar 2018 die sog. gemischte Methode angewandt. Sie hat dies damit begründet, dass die Beschwerdegegnerin bis zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung zu 90% erwerbstätig und zu 10% im Haushalt tätig gewesen sei. Sie hat damit an den status quo angeknüpft. Zu klären wäre aber gewesen, wie hoch die Erwerbsquote der Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigung gewesen wäre, ob sie also zu 90% erwerbstätig oder aber

vollerwerbstätigt gewesen wäre. Die Beschwerdeführerin leidet an der McArdle-Erkrankung. Diese ist genetisch bedingt (vgl. IV-act. 3), was bedeutet, dass die Beschwerdeführerin seit der Geburt an dieser Krankheit leidet. Damit besteht die Möglichkeit, dass sie bereits vor der IV-Anmeldung als Folge der Gesundheitsbeeinträchtigung nur zu 90% einer Erwerbstätigkeit nachgegangen sein könnte. Im Fragebogen betreffend Erwerbstätigkeit / Haushalt hat die Beschwerdeführerin die entsprechende Frage unbeantwortet gelassen. Die Beschwerdegegnerin ist dem nicht weiter nachgegangen, womit sie ihre Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) verletzt hat. Die Angelegenheit ist deshalb zur Klärung der Statusfrage an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin ist beim Einkommensvergleich zur Ermittlung des Invaliditätsgrades im Erwerbsteil davon ausgegangen, dass die Tätigkeit der Beschwerdeführerin in der Wäscherei als Validenkarriere zu qualifizieren sei. Die Beschwerdeführerin hat in ihrem Heimatland jedoch eine Ausbildung zur Dentalassistentin absolviert. Damit besteht die Möglichkeit, dass sie in der Schweiz als Dentalassistentin hätte tätig sein können, womit diese Erwerbstätigkeit als Validenkarriere in Frage käme. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb – wohl unter Beizug ihrer Berufsberatung – zu klären, ob die Beschwerdeführerin in der Schweiz eine Tätigkeit als Dentalassistentin hätte ausüben können. Die Angelegenheit ist deshalb auch zur weiteren Abklärung des für die Wahl der Validenkarriere massgebenden Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdegegnerin hat dazu die ABI GmbH mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens (internistisch, psychiatrisch, rheumatologisch und neurologisch) beauftragt. Im Gutachten vom 3. April 2017 ist ausgeführt worden, die Beschwerdeführerin sei in der angestammten Tätigkeit in der Wäscherei wie auch in anderen, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten zu 60% arbeits- und leistungsfähig. Eine angepasste, körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitive Körperbewegungen sei mit 80% iger Arbeits- und Leistungsfähigkeit möglich. Diese Arbeitsfähigkeit könne in einem ganztägigen Pensum mit etwas vermehrten Pausen verwertet werden. Diese Einschätzung gelte seit der Diagnosestellung der Myopathie im Juni 2014. Möglich sei, dass kurzzeitig eine höhere Arbeitsunfähigkeit durch eine depressive Phase bestanden habe. Eine längere depressive Episode mit höherer Arbeitsunfähigkeit könne aber nicht bestätigt werden. Aufgrund der somatischen Befunde habe sich bei den Haushaltsarbeiten keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben. Die schweren Arbeiten im Haushalt könnten nämlich individuell angepasst mit Pausen verrichtet werden. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob dem Gutachten voller Beweiswert zukommt, ob es also die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und wenn die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352, E. 3a). Notwendig ist zudem, dass der psychiatrische Gutachter die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden aufgestellten und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl.

BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418). Die Beschwerdeführerin leidet an der McArdle-Erkrankung (Glykogenose Typ V, IV-act. 3). Die McArdle-Erkrankung zählt zu den seltenen Krankheiten (orphan disease) und wird durch eine Mutation des PYGM-Gens verursacht (IV-act. 3). Den Patienten fehlt das Enzym Myophosphorylase oder sie leiden an einem Mangel daran, womit eine rasche Bereitstellung von Energie durch die Glykolyse für die Skelett-Muskulatur nicht möglich ist (IV-act. 4). Die Beschwerdeführerin hat mehrfach angegeben, sie leide – nebst weiteren Beschwerden wie Muskel-, Gelenk- und Kopfschmerzen sowie Durchschlafstörungen – an einer chronischen Erschöpfbarkeit und an Müdigkeit (vgl. beispielsweise IV-act. 3, 4, 22-7, 27, 40-7). Sie hat dies auch den Gutachtern der ABI GmbH gegenüber kommuniziert (IV-act. 72-7, 72-8, 72-16, 72-24). Der neurologische Gutachter hat festgehalten (IV-act. 72-24), bei der vorliegenden Muskelerkrankung könne von einer gewissen Belastungsintoleranz ausgegangen werden. Im Rahmen der Würdigung des Berichts von Dr. F.____ vom 23. November 2015 (Dr. F.____ hatte angegeben, die Beschwerdeführerin könne täglich nicht mehr als drei bis vier Stunden arbeiten, dies vor allem wegen der metabolischen Myopathie, welche zu Müdigkeit und zur raschen Ermüdbarkeit führe) hat er zudem ausgeführt, die von Dr. F.____ erwähnte Müdigkeit sei kein typisches Symptom der McArdle-Erkrankung. Im Übrigen hat er sich vorwiegend mit den Schmerzen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und festgehalten, dass ein Mischbild zwischen einer unspezifischen generalisierten Schmerzsymptomatik (Fibromyalgie-Syndrom) und gewissen Einschränkungen aufgrund der Muskelerkrankung vorliege. Auch der rheumatologische Gutachter hat sich primär mit den Schmerzen der Beschwerdeführerin befasst. Er hat aufgrund einer leichten Haltungsinsuffizienz bei einer muskulären Dekonditionierung ein chronisches zervikoskopuläres Schmerzsyndrom diagnostiziert. Des Weiteren hat er festgehalten, unter Berücksichtigung der angegebenen Ganzkörperschmerzen, der Müdigkeit, der Leistungsintoleranz, des zum Teil nicht erholsamen Schlafs und der Konzentrationsstörungen seien die Fibromyalgie-Kriterien erfüllt. Diskutiert werden könne, ob eine sekundäre Fibromyalgie im Rahmen der metabolischen Myopathie diagnostiziert werden könne. Gestützt darauf hat er einen Verdacht auf ein Fibromyalgie-Syndrom diagnostiziert (differentialdiagnostisch sekundäre Fibromyalgie im Rahmen der metabolischen Myopathie). Er hat damit offengelassen, ob die von der Beschwerdeführerin beklagte Müdigkeit ein Symptom der McArdle-Erkrankung ist und zu einer objektivierbaren Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens geführt hat. Dem Bericht der Fachärzte des K.____ vom 17. März 2014 ist demgegenüber zu entnehmen (IV-act. 4), dass die Muskelbiopsie zur Klärung des Verdachts auf eine metabolische Myopathie bei klinisch chronischer Erschöpfbarkeit und Müdigkeit durchgeführt worden ist. Dies lässt darauf schliessen, dass die Müdigkeit zu den Symptomen der McArdle-Erkrankung zählt. Des Weiteren hat die Beschwerdeführerin einen Fachartikel von Dr. Monika Weingartz eingereicht. Dr. Weingartz hat darin festgehalten, charakteristisch für die McArdle-Erkrankung seien eine rasche Ermüdbarkeit und eine Belastungsintoleranz. Zu den typischen Symptomen zählten unter anderem eine chronische Fatigue (Dr. Monika Weingartz, Morbus McArdle – eine selten erkannte Krankheit, Ars Medici 18/2016, S. 806 ff., act. G 1.1.5). Schliesslich ist auf die auf dem Portal www.orpha.net (Portal für seltene Krankheiten und orphan drugs) publizierten Informationen zu verweisen, wonach eine Fatigue zu den gelegentlich auftretenden klinischen Symptomen der Glykogenose Typ V, also der McArdle-Erkrankung, zählt (https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_HPOTerms.php?lng=DE&data_id=

17&Typ=Pat&diseaseType=Pat&from=rightMenu, zuletzt besucht am 26. März 2020). Aus der Sicht eines medizinischen Laien könnten die Angaben des neurologischen und des rheumatologischen Gutachters unter Umständen unzutreffend gewesen sein, da die Müdigkeit bei gewissen Patienten offenbar ein Symptom der McArdle-Erkrankung ist. Damit besteht die Möglichkeit, dass die von der Beschwerdeführerin beklagte Müdigkeit auf die McArdle-Erkrankung zurückzuführen ist. Zu prüfen wäre also gewesen, ob die Müdigkeit im konkreten Einzelfall, das heisst in Bezug auf die Beschwerdeführerin, eine objektivierbare Symptomatik der McArdle-Erkrankung ist und ob diese einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat. Da es sich bei der McArdle-Erkrankung um eine seltene Erkrankung handelt, die spezifisches Fachwissen über diese Krankheit erfordert, hätten die Gutachter des ABI deshalb wohl eine medizinische Fachperson beiziehen müssen, die über dieses Fachwissen verfügt hätte. Das Gutachten der ABI GmbH weist somit aus der Sicht eines medizinischen Laien eine Lücke auf, da ein wesentlicher Teil des medizinischen Sachverhalts nicht abgeklärt worden ist. Das Gutachten der ABI GmbH ist also für die streitigen Belange nicht umfassend. Damit kann das Gutachten mit der darin angegebenen Arbeitsfähigkeitsschätzung keinen ausreichenden Beweiswert haben. Die Sache ist deshalb – nebst der Abklärung der Statusfrage und der Validenkarriere – auch zur ergänzenden Abklärung in somatischer Hinsicht an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Nach der Auffassung des Bundesgerichts ist die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin in diesem Fall zulässig (vgl. BGE 137 V 264, E. 4.4.1.4, wonach eine Sache zurückgewiesen werden kann, wenn nur eine Ergänzung des Gutachtens nötig ist), zumal es nicht sinnvoll wäre, ein Gerichtsgutachten einzuholen und anschliessend die Sache zur weiteren Abklärung des nicht-medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Der psychiatrische Gutachter hat eine leichte depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Wie der RAD-Arzt Dr. I. ___ zu Recht festgehalten hat (IV-act. 73), hat der psychiatrische Gutachter die Haupt- und Nebensymptome einer depressiven Episode nach ICD-10 nicht vollständig dokumentiert. Es fehlen Angaben zu einem allfälligen Interessenverlust, zu Freudlosigkeit, zu Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen, zu Gefühlen von Schuld/Wertlosigkeit, zur Antriebslage und zum Appetit. Die Beschwerdegegnerin hätte deshalb beim psychiatrischen Gutachter eine ergänzende Stellungnahme einholen müssen. Warum der RAD-Arzt Dr. I. ___ zur Auffassung gelangt ist, dass im Ergebnis dennoch auf das psychiatrische Teilgutachten abgestellt werden könne, hat er nicht begründet. Hinzu kommt, dass es für den psychiatrischen Gutachter angesichts der im neurologischen und im rheumatologischen Teilgutachten bestehenden Lücken kaum möglich gewesen sein dürfte abzuschätzen, ob die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden somatisch oder psychisch bedingt waren. Damit vermag seine Beurteilung nicht zu überzeugen. Auch diesbezüglich wird die Beschwerdegegnerin eine Gutachtensergänzung einholen müssen. Sie wird auch einen Bericht des J. ___ einholen, das die Beschwerdeführerin vom 12. Juni bis zum 9. Juli 2018 behandelt hat (act. G 11). Möglicherweise ergeben sich daraus neue Erkenntnisse in Bezug auf die vom psychiatrischen Gutachter mit einer kurzen Begründung verneinte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Das rheumatologische und das psychiatrische Teilgutachten vermögen, wie nachfolgend aufgezeigt wird, auch aus weiteren Gründen nicht zu überzeugen. Der rheumatologische Gutachter hat eine Inkonsistenz in Bezug auf eine Angabe der Beschwerdeführerin festgestellt. Er hat ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe im Rahmen der Untersuchung gesagt, die Fachärzte des K. ___ hätten ihr damals mitgeteilt, sie würden eine 100%ige IV-Berentung

vorschlagen. Sie habe dies aber nicht gewollt, da sie zumindest in einem 50%igen Arbeitspensum habe weiterarbeiten wollen. Im Bericht des K.____ vom 22. August 2014 hätten die Fachärzte eine IV-Anmeldung aber für problematisch erachtet. Der rheumatologische Gutachter hat festgehalten, dies weise auf eine Verdeutlichungstendenz hin. Was die Fachärzte der Beschwerdeführerin damals tatsächlich mitgeteilt haben, kann nicht mehr rekonstruiert werden. Möglicherweise hat ein Missverständnis vorgelegen. Aus diesem Widerspruch allein kann deshalb nicht auf ein Verdeutlichungsverhalten der Beschwerdeführerin geschlossen werden. Der rheumatologische Gutachter hat des Weiteren aus den im Rahmen der Observation des Ehemannes der Beschwerdeführerin entstandenen Videoaufnahmen auf eine weitere Inkonsistenz geschlossen. Die Beschwerdeführerin ist auf einigen Videosequenzen in Alltagssituationen zu sehen: Beim Einsteigen in das und beim Aussteigen aus dem Auto als Beifahrerin, beim Gehen auf der Strasse, beim Einkaufen – die Einkäufe trägt der Ehemann zum Auto – und beim Tragen von drei kleinen Einkaufssäcken. Der rheumatologische Gutachter hat festgehalten, zu keinem Zeitpunkt hätten bei der Beschwerdeführerin spezifische physische Einschränkungen beobachtet werden können. Insgesamt sei von erheblichen Diskrepanzen in Bezug auf die von der Beschwerdeführerin subjektiv beklagten Einschränkungen bei den Alltagsverrichtungen auszugehen. Inwiefern hier zusätzlich von einer klaren bewusstseinsnahen Schmerzausweitung respektive einem Verdeutlichungsverhalten gesprochen werden müsse, sei nicht abschliessend festzustellen. Auch der psychiatrische Gutachter hat die Videoaufnahmen erwähnt und notiert, die Beschwerdeführerin sei recht aktiv gewesen. Zunächst ist zu klären, ob die Videosequenzen verwertbar sind. Diese sind nämlich im Rahmen einer Observation des Ehemannes der Beschwerdeführerin entstanden und damit als Zufallsfunde zu qualifizieren. Zufallsfunde, die rechtmässig auf dem ordentlichen Weg der Sachverhaltsermittlung hätten beschafft werden können, sind ohne Einschränkungen verwertbar. Soweit eine rechtmässige Beschaffung nicht möglich war, ist im Rahmen einer Abwägung zwischen dem privaten Interesse an einem ordnungsgemässen Verfahren und dem öffentlichen Interesse an der Wahrheitsfindung über die Verwertbarkeit zu entscheiden (Patrick Krauskopf/Katrin Emmenegger/Fabio Babey, in: Bernhard Waldmann/ Philippe Weissenberger [Hrsg.], Praxiskommentar zum Verwaltungsverfahrensgesetz [VwVG], 2. Aufl., Zürich 2016, N 203 ff. zu Art. 12). Im Zeitpunkt der Erstellung der Videosequenzen im November und Dezember 2014 hat für die Durchführung von verdeckten Observationen zur Verhinderung oder Aufdeckung von Missbräuchen beim Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung keine ausreichende gesetzliche Grundlage bestanden (vgl. BGE 143 I 384, E. 4). Die Aufnahmen sind somit unabhängig davon, dass sich die Observation nicht auf die Beschwerdeführerin bezogen hat, widerrechtlich erlangt worden. Eine rechtmässige Beschaffung dieses Beweismittels ist gar nicht möglich gewesen. Nach der Auffassung des Bundesgerichts sind Beweismittel, die im Rahmen einer rechtswidrig angeordneten Observation im öffentlich frei einsehbaren Raum gewonnen wurden, gestützt auf eine Abwägung zwischen privaten und öffentlichen Interessen verwertbar (BGE 143 I 384 ff., E. 5.1.1; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Februar 2020, 8C_770/2019, E. 5.2). Dies gilt unabhängig von der Frage, ob die Observation objektiv geboten war oder nicht (Urteile des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2019, 9C_308/2019, E. 2.1, und vom 8. Februar 2019, 9C_561/2018 und 9C_631/2018, E. 5.2.2). Vorliegend ist die Beschwerdeführerin in einem Zeitraum von rund fünf Wochen an fünf Tagen während jeweils 15 Minuten bis zu acht Stunden bei Aktivitäten, die ausschliesslich im öffentlich frei einsehbaren Raum stattgefunden haben, (mit)beobachtet worden. Videosequenzen sind

an drei Tagen angefertigt worden. Die Überwachung ist damit kurzzeitig und nicht systematisch erfolgt. Das Verhalten der Beschwerdeführerin ist von der Abklärungsperson nicht beeinflusst worden. Das öffentliche Interesse an der Verhinderung von Versicherungsmissbrauch überwiegt daher das private Interesse der Beschwerdeführerin am Recht auf Schutz der Privatsphäre. Die Interessenabwägung zur Beantwortung der Frage, ob die Videosequenzen als Zufallsfunde verwertbar sind – Abwägung des privaten Interesses an einem ordnungsgemässen Verfahren gegen das öffentliche Interesse an der Wahrheitsfindung – ist vorliegend identisch mit jener betreffend die Verwertbarkeit von widerrechtlich erlangten Observationsergebnissen. Die Videosequenzen (und der Abklärungsbericht der Beschwerdegegnerin vom 2. Dezember 2016) sind damit verwertbar. Die Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, mangels Anfangsverdacht hätte bei ihr keine Observation durchgeführt werden dürfen. Dementsprechend dürften die Videosequenzen, welche sie zufälligerweise zeigten, nicht verwendet werden. Ob gegen die Beschwerdeführerin ein Anfangsverdacht bestanden hätte, der eine (gegen sie direkt gerichtete) Observation gerechtfertigt hätte, ist irrelevant, denn Zufallsfunde sind definitionsgemäss auf einen Zufall und nicht auf einen entsprechenden, sich auf einen Anfangsverdacht stützenden Beweisbeschluss zurückzuführen. Deshalb kann das Kriterium des Anfangsverdachts hier keine Bedeutung haben. Massgebend ist in diesem Zusammenhang vielmehr, dass die Verwertbarkeit von widerrechtlich erlangten Observationsergebnissen nach der Auffassung des Bundesgerichts ausschliesslich gestützt auf eine Interessenabwägung zu beurteilen und deshalb im vorliegenden Fall zu bejahen ist. Zu prüfen bleibt, ob die Videosequenzen Beobachtungen zeigen, die zu den Angaben der Beschwerdeführerin in Widerspruch stehen. Dies ist nicht der Fall: Die Videosequenzen zeigen die Beschwerdeführerin beim Einsteigen in das und beim Aussteigen aus dem Auto als Beifahrerin, beim Gehen auf der Strasse, beim Einkaufen und beim Tragen von drei kleinen Einkaufssäcken. Die Beschwerdeführerin hat im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung beispielsweise angegeben, sie fahre nicht immer selber mit dem Auto (IV-act. 72-10), verrichte Einkäufe (IV-act. 72-14), trage den Wäschekorb in den Keller und wieder hoch, wenn auch nicht mit schwerer Wäsche (IV-act. 72-14), spaziere nach der Arbeit eine Dreiviertelstunde nach Hause (IV-act. 72-16) und habe bei der Arbeit in der Wäscherei vor allem bei nicht-wechselbelastenden Tätigkeiten Beschwerden. Aus der Sicht eines medizinischen Laien ist deshalb nicht nachvollziehbar, wie der rheumatologische und der psychiatrische Gutachter aus diesen Videosequenzen auf Inkonsistenzen haben schliessen respektive sich in ihrer Beurteilung von diesen Aufnahmen haben leiten lassen können. Ihre Beurteilungen sind daher auch aus diesem Grund nicht überzeugend. Die Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, für die Arbeitsfähigkeitsschätzung sei auf die Berichte der behandelnden Ärzte abzustellen. Mit Ausnahme der Gutachter des ABI hätten alle involvierten Ärzte eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Die Berichte der behandelnden Ärzte vermögen die verbleibende Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aber nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen: Zum einen fehlt in den psychiatrischen Berichten – aus nachvollziehbaren Gründen, dienen diese doch einem therapeutischen Zweck – eine Auseinandersetzung mit den nach der Auffassung des Bundesgerichts anwendbaren Standardindikatoren. Zum anderen ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. etwa BGE 125 V 353, E. 3b.cc).

Die Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, als Invalideneinkommen sei das tatsächlich erzielte Einkommen heranzuziehen, da die angestammte Tätigkeit in der Wäscherei auch eine adaptierte Tätigkeit darstelle und da sie – entsprechend der 50%igen Restarbeitsfähigkeit – weiterhin zu 50% arbeitstätig sei (40% bei der B.____ und 10% bei der C.____). Dazu ist festzuhalten, dass eine real ausgeübte Tätigkeit nur dann als Invalidenkarriere zu qualifizieren ist, wenn – kumulativ – der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad voll ausgeschöpft wird, die Tätigkeit der Berufsausbildung entspricht und diese angemessen entlohnt wird. Ist eine Tätigkeit als Hilfsarbeiterin zumutbar, muss das konkret erzielte Einkommen also mindestens gleich hoch wie der Zentralwert des Einkommens für eine Hilfsarbeiterin gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik sein. Ob diese Voraussetzungen vorliegend erfüllt sind, wird von der Beschwerdegegnerin nach der Durchführung der notwendigen ergänzenden Abklärungen zu beurteilen sein. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Sache zur Abklärung der Statusfrage und der Validenkarriere sowie zur ergänzenden Abklärung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Für die Zeit vor dem Juni 2014 fehlt im Übrigen eine Arbeitsfähigkeitsschätzung vollständig. Da sich die Beschwerdeführerin im September 2014 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet, die sechsmonatige Frist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG also am 1. März 2015 abgelaufen ist, ist es relevant, ob das Wartejahr (vgl. Art. 28a Abs. 1 lit. b IVG) zu diesem Zeitpunkt erfüllt gewesen ist. Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 4. Januar 2018 aufzuheben und die Sache ist zur Durchführung weiterer bzw. ergänzender Abklärungen und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 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 IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Praxisgemäss ist die Rückweisung an die Verwaltung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen der Beschwerdeführerin zu werten (vgl. BGE 132 V 235, E. 6.1). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen der Beschwerdeführerin zu betrachten ist. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat eine Honorarnote im Betrag von Fr. 3'785.85 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) eingereicht. Sie hat geltend gemacht, aufgrund der seltenen Krankheit der Beschwerdeführerin sei der Aufwand im Vergleich zu einem durchschnittlichen Rentenfall leicht höher gewesen. Des Weiteren hat sie beantragt, zusätzlich zum geltend gemachten Honorar sei in Anwendung von Art. 29 der Honorarordnung die Mehrwertsteuer zu entschädigen. Tatsächlich belegen die Verfahrensakte aber nur einen durchschnittlichen Vertretungsaufwand für ein Beschwerdeverfahren betreffend eine Invalidenrente. Die eingereichte Honorarnote erweist sich daher als leicht übersetzt. Praxisgemäss spricht das Versicherungsgericht in Fällen wie

dem vorliegenden eine pauschale Parteienschädigung von Fr. 3'500.-- zu, mit der auch die Mehrwertsteuer abgegolten ist. Aus Gleichbehandlungsgründen ist die von der Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu leistende Parteienschädigung deshalb auf Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 4. Januar 2018 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden Neuverfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteienschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.

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