



**Fall-Nr.:** IV 2012/41  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 03.06.2020  
**Entscheiddatum:** 08.01.2014

### **Entscheid Versicherungsgericht, 08.01.2014**

**ATSG. Die Ergebnisse einer von der Unfallversicherung veranlassten Observation, welche rechtmässig war, sind auch im IV-Verfahren als Beweismittel verwertbar. Die Observationsergebnisse zusammen mit einer ärztlichen Beurteilung sind grundsätzlich geeignet, eine genügende Basis zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person zu bilden. Vorliegend Notwendigkeit weiterer medizinischer Abklärungen in zwei Fachgebieten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Januar 2014, IV 2012/41).**

Entscheid Versicherungsgericht, 08.01.2014

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Nadja Francke Zubair

Entscheid vom 8. Januar 2014

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



IV-Leistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 1. November 2009 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an. Sie gab als gesundheitliche Beeinträchtigungen Schwindel mit Sturzgefahr, Kopfschmerzen sowie Angstzustände an. Diese Beschwerden bestünden seit einem Unfall am 12. Februar 2009 (IV-act. 1).

A.b Gemäss einem FI-Gesprächsprotokoll des IV-internen Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 13. November 2009 hatte der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, als Diagnose insbesondere einen posttraumatischen Schwindel nach einer Commotio labyrinthi angegeben. Diese habe sich die Versicherte nach einem Sturz auf den Hinterkopf am 12. Februar 2009 zugezogen. In der Folge sei die Mobilisation anfänglich nur mit einem Rollator möglich gewesen, aktuell könne die Versicherte aber auch den Wänden entlang gehen. Unter Schwindeleinwirkung sei die Versicherte am 10. März 2009 erneut gestürzt. Dabei habe sie sich eine Orbitadachfraktur rechts zugezogen, welche operativ versorgt worden sei (vgl. Operationsbericht vom 3. Juni 2010, gemäss welchem bei der Beschwerdeführerin am 25. März 2009 eine Orbitabodenrevision mit Ethisorbmembraneinlage durchgeführt wurde; IV-act. 25-9). Als weitere Diagnose nannte der Hausarzt laut Protokoll eine posttraumatische depressive Störung mit Angst und Panikattacken. Diesbezüglich sei die Versicherte seit Oktober 2009 in psychiatrischer Behandlung. Betreffend die Arbeitsfähigkeit sei die Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegehelferin durch den schweren Schwindel immer noch vollumfänglich eingeschränkt. Auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe zurzeit keine Arbeitsfähigkeit (IV-act. 5, 10). Gemäss den vom Hausarzt eingereichten weiteren Arztberichten war die Versicherte otologisch und kardiologisch untersucht und beurteilt worden, wobei keine Ursache für die beklagten Beschwerden hatte gefunden werden können (vgl. IV-act. 7-1, 7-13). Dr. med. C.\_\_\_\_, Neurologie FMH, hatte gemäss seinem Bericht vom 16. August 2009 folgende Diagnosen erhoben: Commotio cerebri und commotio labyrinthi nach



## St.Galler Gerichte

Treppensturz am 12. Februar 2009, ausgedehnte Marklagergliosen beider Hemisphären unklarer Ätiologie, Migräne ohne Aura sowie arterielle Hypertonie. Zur Beurteilung hatte er festgehalten, dass in der klinisch-neurologischen Untersuchung vor allem eine erhebliche Gangunsicherheit aufgefallen sei, ansonsten aber keine offenkundigen neurologischen Defizite vorlägen. Auffällig pathologisch seien allerdings die kortikalen SEP Latenzen gewesen, passend zu den im MRI beschriebenen Marklagergliosen (IV-act. 7-9). Nach einer Liquor-Untersuchung im Mai 2010 konnte Dr. C.\_\_\_\_ eine entzündliche ZNS-Erkrankung sicher ausschliessen. Im Weiteren führte er aus, dass es sich bei den Marklagerläsionen um unspezifische Gliosen handle, welche entweder mikroangiopathisch bedingt seien oder allenfalls auch als Folge des Schädelhirntraumas aufgetreten seien. Eine ursächliche Therapie gebe es hierfür allerdings nicht (IV-act. 21-1).

A.c Gemäss einer Aktennotiz des RAD vom 11. Januar 2010 berichtete der Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ bezüglich des Verlaufs telefonisch, dass sich der Schwindel praktisch nicht zurückgebildet habe. Die Versicherte gehe zwar nicht mehr den Wänden entlang, lasse aber ein übervorsichtiges Gangbild erkennen und berichte über eine anhaltende Sturzgefahr sowie über vereinzelt Stürze. Weiter hielt der RAD fest, der Hausarzt habe die Versicherte dem Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ zugewiesen, welcher einerseits eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion und andererseits eine erhebliche Benzodiazepinabhängigkeit diagnostiziert habe. Dem vom Psychiater vorgeschlagenen Benzodiazepinabbau stehe der Hausarzt skeptisch gegenüber, da er ihn nicht für umsetzbar halte. Der RAD kam zum Schluss, dass sich der Gesundheitsschaden der Versicherten längst chronifiziert habe. Als wichtigstes Element sei nicht der Schwindel zu betrachten, sondern die psychische Störung sowie die Benzodiazepinabhängigkeit (IV-act. 13).

A.d Mit einer Mitteilung vom 28. Mai 2010 lehnte die IV-Stelle einen derzeitigen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verweis auf den Gesundheitszustand der Versicherten ab (IV-act. 23).

A.e Am 3. Juni 2010 erstattete Dr. med. D.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, einen Bericht. Als psychiatrische Diagnosen führte er ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma, differentialdiagnostisch eine Anpassungsstörung mit Angst



und depressiver Reaktion, sowie eine Benzodiazepinabhängigkeit auf. Zur Beurteilung hielt er fest, die Versicherte habe nach dem Sturz und den damit verbundenen Beschwerden eine depressive Verstimmung mit ängstlicher Vermeidungshaltung entwickelt. Sie habe sich von der Vorgesetzten des Pflegeheims unter Druck gesetzt gefühlt, möglichst schnell wieder arbeiten zu gehen, und sei in Panik geraten, weil ihre Gehfähigkeit trotz Rehabilitationsmassnahmen weiter eingeschränkt geblieben sei. Er habe nach der Zuweisung durch den Hausarzt mit der Versicherten begonnen, deren schwere Lebensereignisse (Tod des Sohnes, der Eltern, des Ehemannes) aufzuarbeiten. Im Weiteren sei eine antidepressive Medikation erfolgt. Ein Abbau der wegen der möglichen Verstärkung des Schwindels und möglichen Suchtentwicklung ungünstigen Benzodiazepine habe bisher nicht bis zum Absetzen des Medikaments fortgesetzt werden können, da die Versicherte immer wieder panikartige Ängste gehabt habe. Insgesamt habe die psychiatrische Behandlung die Symptomatik nur unwesentlich beeinflussen können. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit oder die Bereitschaft zu einem Arbeitsversuch hätten sich nicht erarbeiten lassen. Aufgrund der vorliegenden objektiven Befunde und der Tatsache, dass die Versicherte ungenügend auf die antidepressive Medikation und die psychotherapeutischen Interventionen angesprochen habe, halte er die zunächst gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion nicht mehr für zutreffend und beurteile die Symptomatik als organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma. Eine Prognose sei zurzeit nicht möglich, da die Sturzursachen und die Ursache des Schwindels nicht genügend abgeklärt worden seien. Die Arbeitsfähigkeit könne auf längere Sicht nicht gesteigert werden, weshalb er eine Berentung für angebracht halte. Alternativ kämen umfangreiche berufliche Massnahmen mit dem Versuch einer schrittweisen Erhöhung der Arbeitsfähigkeit bei vorhandener Motivation theoretisch in Frage. Es bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 12. Februar 2009 bis auf Weiteres (IV-act. 25).

A.f Die Versicherte wurde auf Veranlassung der Unfallversicherung Helsana (nachfolgend: UV) vom 18. Juni bis 9. August 2010 observiert. Gemäss dem entsprechenden Bericht vom 9. August 2010 hätten während der Überwachungen zu keiner Zeit Beschwerden wie Schwindel, Sehstörungen, Gangunsicherheiten oder psychische Probleme festgestellt werden können. Es wurde festgehalten, dass die Versicherte beim Autofahren beobachtet worden sei, wobei sie keine Mühe gehabt habe. Im Weiteren sei sie beim Einkaufen ohne ersichtliche Beschwerden beobachtet worden.



## St.Galler Gerichte

Weder beim Spazieren mit dem Hund noch auf dem Hundetrainingsplatz, wo die Versicherte teilweise während längerer Zeit in gebückter Stellung und auch kniend gesehen worden sei, hätten Beschwerden oder Bewegungseinschränkungen festgestellt werden können (Fremdakten der UV).

A.g Mit einem Arbeitgeberbericht vom 20. August 2010 teilte die Verantwortliche des Pflegeheims E.\_\_\_\_ mit, dass die Versicherte seit dem 13. Oktober 2008 als Pflegeassistentin mit einem 90%-Pensum angestellt sei. Seit dem 10. März 2009 sei die Versicherte bis auf Weiteres vollständig arbeitsunfähig. In einem dem Bericht beigelegten Schreiben führte die Verantwortliche aus, dass sich die Kommunikation mit der Versicherten als äusserst schwierig erweise. Sie sei seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit nicht mehr im Betrieb erschienen, habe sich nicht gemeldet und sei nicht bereit gewesen, ihre Tätigkeit teilweise, im Rahmen ihrer Möglichkeiten, wieder aufzunehmen (IV-act. 32-8).

A.h Der RAD stellte am 21. September 2010 fest, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten auf einem relativ tiefen Niveau stabilisiert habe. Der behandelnde Psychiater halte zu Recht fest, dass die psychiatrische Therapie nicht in der Lage sei, den Gesundheitsschaden so günstig zu beeinflussen, dass mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne. Entgegen der Empfehlung von Dr. D.\_\_\_\_ bedürfe es vorläufig keiner weiteren internistischen Abklärung betreffend die Sturzursache, da die Versicherte bereits umfassend (otologisch, neurologisch, kardiologisch) abgeklärt worden sei und keine neuen Ergebnisse zu erwarten seien. Während Dr. D.\_\_\_\_ von einer erst seit Juni 2009 bestehenden Benzodiazepinabhängigkeit ausgehe, habe die erstuntersuchende Psychiaterin Dr. F.\_\_\_\_ in ihrem Bericht (vom 12. Oktober 2009, Fremdakten der UV) ausgeführt, dass die Versicherte als Reaktion auf den Tod ihres Ehemannes seit 1996 hohe Dosen von Lexotanil einnehme. Es sei daher nicht auszuschliessen, dass der gesamte Gesundheitsschaden, einschliesslich des Sturzereignisses vom 12. Februar 2009, im Lichte dieser möglicherweise schweren Abhängigkeit zu betrachten sei. Dr. D.\_\_\_\_ werde in den nächsten Monaten wohl eine vollständige Abstinenz anstreben, womit sich der Einfluss der Benzodiazepinabhängigkeit auf die Arbeitsfähigkeit verringern dürfte (IV-act. 33).



A.i Der Vertrauensarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Rechtsmedizin FMH, nahm im Auftrag der Unfallversicherung am 18. Oktober 2010 Stellung zu den Videoaufnahmen, welche anlässlich der Observation der Versicherten erstellt worden waren. Er hielt zur Beurteilung fest, dass sich die geklagten Beschwerden und die Feststellungen der Ärzte, namentlich werde von einer anhaltenden Schwindelsymptomatik gesprochen, vorliegend nicht im Alltag der Versicherten auswirkten. Der beobachtete Gang sei zwar auffällig, plump und watschelig wirkend, aber durchaus immer sicher und zielgerichtet. Ein Schwanken könne weder beim Gehen noch beim Stehen gesehen werden, obwohl die Mehrzahl der Aufnahmen gerade diese Tätigkeiten umfassten. Es würden sogar üblicherweise Schwindel auslösende Handlungen vorgenommen wie rasches Kopfschütteln, abrupte Drehbewegungen, in die Knie gehen und Bücken, ohne dass danach eine Reaktion zu erkennen wäre. Im Weiteren ergäben sich auch keine Hinweise für eine sich ungünstig auswirkende Psychopathologie. Die Versicherte sei in der Lage, ein Auto zielgerichtet zu lenken, zielgerichtet Einkäufe zu tätigen und sich auch über eine lange Zeitspanne intensiv mit einer Aufgabe (Hundeschule) zu beschäftigen. Sie pflege Sozialkontakte in Form von Gesprächen mit Dritten. Zusammengefasst ergäben sich aus den wiederholt beobachteten Alltagssituationen keine Hinweise auf das Vorliegen einer behindernden gesundheitlichen Problematik, insbesondere keine Hinweise auf eine chronische Schwindelsymptomatik mit Schwankschwindel. Auch eine alltagsrelevante Psychopathologie lasse sich aus dem Verhalten nicht ableiten. Somit sei es nicht nachvollziehbar, weshalb die Versicherte mit einer ihr sicherlich zumutbaren Willensanstrengung nicht wieder ihre berufliche Tätigkeit aufnehmen könne. Aufgrund des gezeigten Verhaltens müsse von einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit im Stammbetrieb von 100% ausgegangen werden (Fremdakten der UV).

A.j Am 17. November 2010 erstattete Dr. D.\_\_\_\_ einen Verlaufsbericht. Er führte aus, dass er die Diagnose eines ausgeprägten organischen Psychosyndroms aufgrund der Videobeobachtungen nicht mehr für sehr wahrscheinlich halte. In Anbetracht aller Umstände müsse die psychiatrische Diagnose wohl weiter gefasst und neben einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion eine Persönlichkeitsstörung postuliert werden. Aufgrund der unklaren Stürze mit mindestens einer schwerwiegenden Verletzung (Orbitabodenfraktur) und der emotionalen Instabilität denke er dabei an eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus. Die psychische Symptomatik habe sich gegenüber dem Vorbericht vom 3. Juni



2010 nicht grundsätzlich verändert. Bezüglich der Benzodiazepinabhängigkeit erscheine ein gänzliches Absetzen der Medikamente in nächster Zeit als wenig wahrscheinlich. Grund seien die massiven Ängste, welche die Versicherte immer wieder die Dosis von Lexotanil erhöhen liessen, wobei sie eine Abhängigkeit klar verleugne. Die Sturztendenz und der Schwindel dürften aber eher Ausdruck einer dissoziativen Komponente im Rahmen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung sein als eine Folge der Lexotanil-Medikation, so dass der Erfolg einer Entzugsbehandlung unsicher und nicht voraussagbar sei (IV-act. 39).

A.k Am 23. Februar 2011 stellte der RAD fest, dass die gemäss den Abklärungen wenigen Arztkontakte der Versicherten in den Jahren vor dem Auftreten des aktuellen Gesundheitsschadens Zweifel an der von Dr. D.\_\_\_\_ gestellten Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ aufkommen liessen. Es sei kaum anzunehmen, dass dieses Krankheitsbild nach dem Unfall vom 12. Februar 2009 nun erstmals in Erscheinung trete, ohne in den Jahren zuvor jemals aufgefallen zu sein. Dagegen spreche auch die wissenschaftlich gesicherte Erfahrung, dass diese Affektion in der Pubertät auftrete, im Alter um 20 Jahre ihren Höhepunkt erreiche und ab dem 35. Altersjahr in eine sozial verträgliche Form übergehe. Differentialdiagnostisch rücke die Benzodiazepinabhängigkeit in den Vordergrund. Ein Abhängigkeitssyndrom sei einerseits nicht auszuschliessen und erkläre andererseits einen grossen Teil der seit 2009 bekannten Verhaltensauffälligkeiten (IV-act. 45).

A.l Gemäss den eingereichten Akten der Unfallversicherung hatte diese am 1. November 2010 mit der Versicherten einen Vergleich geschlossen. Laut diesem Vergleich hatten die Abklärungen der Unfallversicherung ergeben, dass aus den Folgen der Ereignisse vom 12. Februar und 10. März 2009 ab dem 19. Juni 2010 weder eine Arbeits- noch eine Erwerbsunfähigkeit resultierten, weshalb sämtliche Geldleistungen eingestellt würden. Bezüglich der zu Unrecht bezogenen Taggelder wurde keine Rückforderung gestellt (Fremdakten der UV). Gemäss einer Aktennotiz vom 6. Mai 2011 teilte ein Mitarbeiter der Unfallversicherung auf Nachfrage der IV-Stelle (IV-act. 51) telefonisch mit, dass mit der Versicherten nach der Observation eine Befragung bei ihr zu Hause durchgeführt worden sei. Anschliessend sei sie mit den Observationsergebnissen konfrontiert worden, wovon es jedoch kein Protokoll gebe. Die Konfrontation habe direkt vor Ort zu einem Vergleich geführt. Auf eine Rückforderung der Taggeld-



## St.Galler Gerichte

leistungen sei verzichtet worden, weil man den Fall zum Abschluss habe bringen wollen, so dass keine weiteren Leistungen mehr hätten ausgerichtet werden müssen. Der Grund für den Verzicht sei nicht gewesen, dass die Observationsergebnisse nicht ausreichend dokumentiert worden seien. Die Aufzeichnungen seien eindeutig gewesen und die Versicherte habe nach anfänglichem Bestreiten den unterbreiteten Vergleich akzeptiert (IV-act. 52). Anlässlich eines telefonischen Gesprächs mit der Versicherten vom 16. Mai 2011 erklärte diese gemäss einer Aktennotiz, dass sie dem Vergleich der Unfallversicherung nur zugestimmt habe, weil sie unter Druck gesetzt worden sei und Angst vor einer finanziellen Notlage gehabt habe, wenn sie die Taggelder hätte zurückzahlen müssen (IV-act. 54).

A.m Der RAD kam am 5. Juli 2011 zum Schluss, dass sich die durch den Sturz vom 12. Februar 2009 aufgetretene Schwindelsymptomatik aktuell nicht mehr auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Es gebe keinen Grund, sich bei der Beurteilung dieser Problematik nicht auf die sorgfältige und mit Akribie durchgeführte, video-assistierte Expertise von Dr. G.\_\_\_\_ zu stützen. Dieser sei zum lapidaren und völlig nachvollziehbaren Schluss gelangt, dass aufgrund des gezeigten Verhaltens der Versicherten im Alltag mit nie beobachtbarer eindeutig und relevant beeinträchtigender Symptomatik von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit im Stammbetrieb ausgegangen werden müsse. Der Sturz sei am ehesten durch die zu diesem Zeitpunkt aktenkundige Benzodiazepinabhängigkeit hervorgerufen worden. Weitere Abklärungen des Schwindels bedürfe es zurzeit nicht. Die von Dr. D.\_\_\_\_ seit dem 12. Februar 2009 bestätigte 100%-ige Arbeitsunfähigkeit könne spätestens seit Beginn der von der Unfallversicherung in Auftrag gegebenen Observation nicht nachvollzogen werden. Die von ihm diagnostizierte emotional instabile Persönlichkeitsstörung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon früher vorhanden gewesen, habe sich jedoch – wie es dem von der Versicherten eingereichten Lebenslauf zu entnehmen sei – nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt. Als Fazit sei bei der Versicherten sowohl in der angestammten als auch einer angepassten Tätigkeit – unter Ausblendung der Benzodiazepinabhängigkeit – seit Juni 2010 von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 62).

A.n Mit einem Vorbescheid vom 10. August 2011 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht. Zur Begründung führte sie an, die



Abklärungen hätten ergeben, dass die Versicherte ohne Gesundheitsschaden zu 90% ihrer bisherigen Tätigkeit als Pflegeassistentin und zu 10% der Haushaltsführung nachgehen würde. Da der Versicherten aus ärztlicher Sicht die Ausübung der bisherigen Erwerbstätigkeit sowie einer angepassten Tätigkeit vollumfänglich zumutbar sei, könne sie das bisherige Einkommen weiterhin generieren. Im Haushalt bestehe ebenfalls keine Einschränkung. Daher ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 0% und kein Anspruch auf eine Rente (IV-act. 65).

A.o Am 29. August 2011 wendete die Versicherte gegen den Vorbescheid ein, sie sei nicht mehr in der Lage, ihren Beruf als Pflegeassistentin auszuüben. Zwar habe sie die Schwindelsymptomatik besser im Griff, aber eine Tätigkeit mit Stehen, Laufen und Heben könne sie nicht mehr ausüben. Das Knie und die Schulter seien überdies seit dem Unfall defekt und sie benötige selbst für leichte Tätigkeiten Schmerzmittel. Eine sitzende Tätigkeit erachte sie unter der Einnahme von Schmerzmitteln für möglich. Einer Umschulung im Rahmen ihrer Möglichkeiten würde sie zustimmen (IV-act. 66). Mit ihrem Schreiben reichte die Versicherte orthopädische Berichte betreffend ihre Knie- und Schulterbeschwerden ein. Gemäss einem Bericht des Spitals H.\_\_\_\_, Departement Chirurgie und Orthopädie, vom 4. August 2010 war bei der Versicherten ein Impingement-Syndrom an der Schulter rechts (posttraumatisch) festgestellt worden. Die durchgeführte Infiltration habe zu einer deutlichen Beschwerdebesserung geführt (IV-act. 66-2). Gemäss einem Folgebericht vom 30. September 2010 war der Verdacht auf eine Frozen shoulder rechts erhoben worden. Der behandelnde Arzt hatte festgehalten, dass sich keine Rotatorenmanschettenläsion oder Bizepssehnenläsion nachweisen lasse, weshalb er von einer Frozen shoulder ausgehe, wobei die Versicherte in das Stadium II übergehe mit einer Reduktion der Beschwerden und einer zunehmenden Bewegungseinschränkung (IV-act. 66-3). Anlässlich der Untersuchung vom 3. März 2011 hatte der behandelnde Arzt zusätzlich eine Varus-Gonarthrose am Knie rechts festgestellt. Aufgrund der angegebenen Beschwerden und dem radiologischen Befund war der Versicherten zu einer prothetischen Versorgung geraten worden (IV-act. 66-5). Der RAD hielt am 18. Oktober 2011 fest, dass die Versicherte im Rahmen ihres Einwands erstmals orthopädische Berichte eingereicht habe. Die von den Orthopäden beschriebenen funktionellen Einschränkungen seien nicht plausibel nachvollziehbar und stünden in krasser Weise den Ergebnissen der Video-Observation entgegen. Die Versicherte habe beobachtet werden können, wie sie beim Öffnen ihrer



## St.Galler Gerichte

Autoheckklappe den rechten Arm senkrecht nach oben gestreckt habe und wie sie bezüglich der Knie eine volle Mobilität aufgewiesen habe (IV-act. 67). Auf Nachfrage des RAD wurde noch das Resultat des vom Orthopäden veranlassten Arthro-MRIs der Schulter vom 27. September 2010 eingereicht (IV-act. 70-2). Bezüglich der Kniebeschwerden teilte der behandelnde Arzt dem RAD mit, dass die Versicherte den OP-Termin auf unbestimmte Zeit verschoben habe (IV-act. 72-2). Daraufhin stellte der RAD am 28. Oktober 2011 fest, dass die MR-Arthrographie des rechten Schultergelenks mit Ausnahme der AC-Arthrose mit geringem Impressionseffekt normale Befunde erkennen lasse. Insgesamt bildeten die Befunde die anlässlich der Observation beobachtete Funktionstüchtigkeit der rechten Schulter gut ab. Ein Impingement könne angesichts der intakten Rotatorenmanschette ausgeschlossen werden. Dafür spreche auch die Tatsache, dass die Versicherte nach dem 30. September 2010 keine Konsultation mehr wahrgenommen habe. Der Leidensdruck seitens der im März 2011 diagnostizierten Kniegelenksarthrosen sei offenbar so gering, dass es sich die Versicherte leisten könne, den Termin für die von den Orthopäden vorgeschlagenen Totalprothese auf unbestimmte Zeit zu verschieben. Die beiden genannten Gesundheitsschäden seien somit nicht von gravierendem Ausmass, so dass es der Versicherten zugemutet werden könne, in ihrer bisherigen Tätigkeit als Pflegeassistentin oder in einer anderen Tätigkeit ein 90%-Pensum wahrzunehmen (IV-act. 71).

A.p Mit einer Verfügung vom 28. Dezember 2011 wies die IV-Stelle einen Rentenanspruch der Versicherten ab (IV-act. 73).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 26. Januar 2012. Die Beschwerdeführerin beantragt sinngemäss berufliche Massnahmen in Form einer Umschulung, da sie als Pflegeassistentin aufgrund der Schwindelanfälle nicht mehr arbeitsfähig sei. Im Alltag habe sie gelernt, mit den ab und zu auftretenden Schwindelanfällen zu leben, wobei sie jedoch auch starke Schmerzmittel und Antidepressiva einnehme. Sie würde gerne eine sitzende Tätigkeit, beispielsweise im Büro, ausüben (act. G 1).



B.b Am 4. April 2012 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie stellt sich auf den Standpunkt, dass der medizinische Sachverhalt als Basis für den ablehnenden Rentenentscheid ausreichend abgeklärt sei. Es sei nochmals ein Bericht des Hausarztes Dr. B.\_\_\_\_ einverlangt worden, welcher jedoch trotz einer Mahnung vom 15. März 2012 nicht eingegangen sei. Der Hausarzt habe aber schon früher Angaben gemacht und spezialärztliche Berichte eingereicht. Es werde daher an der Einschätzung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der bisherigen wie einer angepassten Tätigkeit festgehalten. Die Beschwerdeführerin beantrage in der Beschwerde explizit keine Rentenleistungen (mehr), sondern (wohl eventuell) berufliche Massnahmen. Nachdem sich der Gesundheitszustand als schlecht und instabil präsentiert habe, sei auf die Durchführung von beruflichen Massnahmen verzichtet und vorderhand nur der Rentenanspruch geprüft worden. Grundsätzlich noch offen und durchzuführen wären allfällige berufliche Massnahmen. Der Versicherten sei es unbenommen, zu erklären, dass sie eine solche Prüfung wünsche. Dies setze einerseits voraus, dass sich die Versicherte selbst zu mindestens 50% arbeits- bzw. eingliederungsfähig sehe und andererseits, dass sie die gemäss den Akten vorhandene Medikamentenabhängigkeit angehe (act. G 4).

B.c Mit einer Replik vom 5. Mai 2005 hält die Beschwerdeführerin fest, nach wie vor eine Rente zu beantragen. Zudem wünscht sie sinngemäss die Hilfe der Beschwerdegegnerin bei der beruflichen Wiedereingliederung. Zur Begründung führt sie aus, dass sie nach wie vor an Schwindelanfällen leide, welche sich zwar verbessert hätten, aber nie gänzlich verschwunden seien. Die Knieoperation habe sie nicht wegen geringer Beschwerden, sondern aufgrund der grossen Risiken und der ungewissen Erfolgsaussichten zurückgestellt. Ihr Ziel sei es, mit Hilfe der Invalidenversicherung wieder eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten sitzenden Tätigkeit zu erreichen. Die Antidepressiva nehme sie nicht mehr ein, da sie diese nicht brauche, wenn sie nur zu Hause sei. Sie habe lediglich vermehrt Medikamente genommen, wenn sie nach draussen gehen müssen. Da sie in diesen Situationen immer unter dem Einfluss von Schmerz- und Beruhigungsmitteln gestanden habe, seien auch die Videoaufnahmen nicht aussagekräftig. Den Vergleich mit der Unfallversicherung habe sie unter Zwang und aus Angst, in eine Schuldenfalle zu geraten, unterschrieben. In den Jahren vor den Unfällen sei sie nie ernsthaft krank gewesen und habe daher auch keinen Arzt gebraucht (act. G 6).



B.d Mit einem Schreiben vom 16. Mai 2012 hat die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Duplik verzichtet (act. G 9).

Erwägungen:

1.

Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 0% abgelehnt. Die Beschwerdeführerin beantragt in ihrer Beschwerde berufliche Massnahmen in Form von Umschulungsmassnahmen. Aus der Replik geht jedoch ausdrücklich hervor, dass sie an ihrem Rentenbegehren festhält. Strittig und zu prüfen ist daher entsprechend dem Gegenstand der angefochtenen Verfügung der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage steht, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und entsprechende berufliche Massnahmen geprüft hat.

2.

2.1 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der 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 Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen).



2.2 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a); in diesem Sinn trifft die Verwaltung grundsätzlich auch die Beweisführungslast. Rechts-erheblich 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). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen 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 in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

3.

3.1 Zu klären ist vorerst die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt. Die Beschwerdegegnerin geht von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Pflegeassistentin als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit aus. Dabei stützt sie sich im Wesentlichen auf die Observationsergebnisse sowie den Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ zu Handen der Unfallversicherung vom 18. Oktober 2010.

3.2 Auf Veranlassung der Unfallversicherung ist die Beschwerdeführerin in der Zeit vom 18. Juni bis 9. August 2010 an verschiedenen Tagen durch Privatdetektive überwacht worden. Da sich die Beschwerdegegnerin vorliegend wesentlich auf die Observationsergebnisse abstützt, ist zunächst zu prüfen, ob die erfolgte Überwachung



rechtmässig war und die Ergebnisse der von der Unfallversicherung veranlassten Observation als Beweismittel im IV-Verfahren verwertbar sind. Durch die privatdetektivliche Observation einer versicherten Person sollen Tatsachen, welche sich im öffentlichen Raum verwirklichen und von jedermann wahrgenommen werden können, systematisch gesammelt und erwahrt werden. Die beauftragte Überwachungsperson hat sich insbesondere an den durch Art. 179<sup>quater</sup> des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB; SR 311.0) vorgegebenen Rahmen zu halten. Vorliegend hat sich die Überwachung der Beschwerdeführerin auf den öffentlichen Raum beschränkt und es sind keine Hinweise auf eine Verletzung des strafrechtlich geltenden Rahmens ersichtlich. Dennoch beschlägt sowohl die Anordnung der Observation als auch die Verwertung der Ergebnisse grundsätzlich den Schutzbereich des Grundrechts des Schutzes der Privatsphäre gemäss Art. 13 Abs. 1 der Bundesverfassung (BV; SR 101). Für eine Rechtfertigung der Grundrechtseinschränkung ist gemäss Art. 36 BV erforderlich, dass eine gesetzliche Grundlage vorliegt (Abs. 1), ein öffentliches Interesse an der Einschränkung besteht (Abs. 2), die Einschränkung verhältnismässig ist (Abs. 3) und der Kerngehalt des Grundrechts nicht angegriffen wird (Abs. 4). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung stellt Art. 43 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), wonach dem Versicherungsträger die Vornahme der notwendigen Abklärungen obliegt, in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 ATSG, welcher eine allgemeine Auskunftspflicht der versicherten Person statuiert, eine genügende gesetzliche Grundlage für die Anordnung einer Observation dar (BGE 135 I 169 E. 4). Das öffentliche Interesse an der Einschränkung des Schutzes der Privatsphäre liegt darin, keine nicht geschuldeten Leistungen zu erbringen, um die Gemeinschaft der Versicherten nicht zu schädigen. Bezüglich der Verhältnismässigkeit ist die Anordnung einer Observation zur Erreichung des angestrebten Ziels (wirksame Bekämpfung von Missbräuchen) geeignet. Im Hinblick auf die Erforderlichkeit ist rechtsprechungsgemäss vorauszusetzen, dass die unmittelbare Wahrnehmung durch eine Observation aufgrund der Umstände objektiv geboten ist, um Erkenntnisse in Bezug auf das Ausmass der tatsächlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu erlangen. Die objektive Gebotenheit ist gegeben, wenn konkrete Anhaltspunkte vorliegen, die Zweifel an den geäusserten gesundheitlichen Beschwerden oder der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit aufkommen lassen. Solche Anhaltspunkte



können beispielsweise bei widersprüchlichem Verhalten der versicherten Person, bei Zweifel an ihrer Redlichkeit (eventuell gestützt auf Angaben und Beobachtungen Dritter), bei Inkonsistenzen anlässlich der medizinischen Untersuchung, bei Aggravation, Simulation, Selbstschädigung oder bei ähnlichen Sachverhalten gegeben sein (BGE 137 I 327 E. 5.4.2.1). In den Akten der Unfallversicherung findet sich ein Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 14. Mai 2010. Dieser hat ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin trotz eines angeblichen Schwindels beim Stehen und Gehen fähig sei, selbstständig Auto zu fahren und kleinere Einkäufe zu tätigen, was darauf hinweise, dass die angegebenen Schwindelbeschwerden hinterfragt werden müssten. Beim Autofahren sei sie gemäss den Akten offensichtlich von zwei ehemaligen Mitarbeitern beobachtet worden. Die Annahme einer Aggravation oder gar Simulation sei aufgrund solcher Beobachtungen naheliegend (Fremdakten der UV). Gemäss einem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 4. Juni 2010 hat dieser festgehalten, dass eine massive Inkonsistenz in Bezug auf den Schweregrad der Auswirkungen des Schwindels unter den definierten Umgebungsbedingungen der Praxis bzw. des Spitals bestehe. Während nach dem ersten Unfall der Schwindel bis auf den zweiten Sturz am 10. März 2009 keine relevante Behinderung beim Stehen und Gehen hervorgerufen zu haben schien, habe die Beschwerdeführerin ab dem 25. März 2009 mit einem Rollator mobilisiert werden müssen. Weiter sprächen die Ergebnisse der Steh- und Gehversuche der Fachärzte im Mai und Juni 2009 sogar gegen einen Stockeinsatz als stabilisierende Gehhilfe, während die Beschwerdeführerin gemäss dem Hausarzt erst im Oktober 2009 wieder vom Rollator entwöhnt worden sei. Ein Bezug zum effektiv gelebten Alltag werde von keinem der Ärzte gemacht. Es sei beispielsweise völlig unklar, wie die Beschwerdeführerin mit angeblich schwerem Schwindel und einer Gehbeeinträchtigung überhaupt Arzttermine im entfernten Ort J.\_\_\_\_ wahrnehmen können. Eine erneute neurologische Begutachtung dürfte aufgrund der bisherigen Widersprüche kaum zur Klärung der Diskrepanzen beitragen (Fremdakten der UV). Vor diesem Hintergrund lagen genügend Anhaltspunkte vor, welche an den von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden zweifeln liessen. Das Bundesgericht hat im Übrigen verschiedentlich zum Ausdruck gebracht, dass es an die Zulässigkeit einer Observation im Einzelfall keine hohen Anforderungen stellt (vgl. etwa BGE 137 I 327 mit Hinweisen auf weitere Urteile). Auch erachtet es eine auf den öffentlichen Raum beschränkte



regelmässige Observation als einen relativ geringfügigen Eingriff in die grundrechtliche Position der überwachten Person. Dem gegenüber steht das höherwertige öffentliche Interesse einer wirksamen Missbrauchsbekämpfung, womit die Anordnung einer Observation auch im engeren Sinn verhältnismässig ist. Da schliesslich auch der Kerngehalt von Art. 13 BV durch die Anordnung einer solchen Überwachung nicht angetastet wird (BGE 135 I 169 E. 5.4; 129 V 323 E. 3.3.3), ist die erfolgte Überwachung der Beschwerdeführerin als rechtmässig zu qualifizieren. Die Observationsergebnisse können folglich auch im vorliegenden Verfahren gestützt auf Art. 61 lit. c ATSG als Beweismittel verwertet werden (vgl. BGE 132 V 241 E. 2.5.1).

3.3 Zusammen mit einer ärztlichen Aktenbeurteilung sind Observationsergebnisse grundsätzlich geeignet, eine genügende Basis für Sachverhaltsfeststellungen betreffend den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person zu bilden (SVR 2010 UV Nr. 17 S. 63, 8C\_239/2008 E. 7; Urteil des Bundesgerichts vom 31. Dezember 2010, 9C\_891/2010, E. 5.2). Dr. G.\_\_\_\_ hat in seinem Bericht vom 18. Oktober 2010 die Observationsergebnisse aus medizinischer Sicht gewürdigt. Dafür hat er ausführlich und detailliert die für die medizinische Beurteilung relevanten Videosequenzen schriftlich wiedergegeben. Zusammenfassend hat er dazu festgehalten, dass die Beschwerdeführerin an vier Wochentagen observiert worden sei, wobei sich teilweise sehr lange Sequenzen fänden, bei denen sie intensiv in der Hundeschule beschäftigt sei. Sie könne mit einer Ausnahme sicher gehen und stehen. Sie könne rasche und teils abrupt eingeleitete Bewegungen mit dem ganzen Körper und auch mit dem Kopf ausführen. Sie könne absitzen, sich bücken und auch niederknien sowie ohne grössere Probleme wieder aufstehen. Sie könne auch mit beiden Händen ohne Schwierigkeiten Tätigkeiten über dem Kopf ausführen (Gegenstände aus Regalen nehmen, Heckklappe öffnen und schliessen). Die Bewegungsabläufe seien immer flüssig und würden nie unerwartet und unerklärlich abgebrochen. Der Gang sei zwar auffällig, behindere die Beschwerdeführerin aber im Alltag nicht in der Fortbewegung. Lediglich in einer Szene im rund vier Stunden umfassendem Videomaterial hätten zwei Unsicherheiten beim Gehen beobachtet werden können, als die Beschwerdeführerin auf einem recht schmalen Trottoir einer Personengruppe begegnet sei. Aus dem Kontext erkläre sich die Unsicherheit am ehesten durch ein Ausweichen auf unebenem Untergrund. Ein kurzer Schwindelanfall könne aber nicht sicher ausgeschlossen werden. Kurz danach könne ein eher



vorsichtiges, aber dennoch sicheres Treppenabsteigen gesehen werden. Auffallend seien die je über eine Stunde dauernden Trainingseinheiten auf dem Hundeübungsplatz. Dabei sehe man an zwei verschiedenen Tagen, dass sich die Beschwerdeführerin intensiv mit einer Sache beschäftige, welche sie sowohl intellektuell als auch körperlich fordere. Sie müsse sich auf den Hund und die Übungen konzentrieren. Daneben würden zahlreiche Bewegungen ausgeführt und immer wieder für den Alltag eher ungewöhnliche Körperpositionen problemlos und spontan eingenommen wie längeres Bücken und auch einseitiges Knien. Einzig beim Aufstehen aus der knienden Position müsse sich die Beschwerdeführerin jeweils kurz mit den Händen abstützen. Während des gut einstündigen Trainings seien keine Ermüdungserscheinungen zu beobachten. Im Übrigen sei es der Beschwerdeführerin auch möglich, sich ohne speziellen Schutz längere Zeit in der Sonne aufzuhalten. Zur Beurteilung hat Dr. G. \_\_\_ ausgeführt, dass gemäss den medizinischen Akten eine anhaltende Schwindelsymptomatik in Form eines Schwankschwindels beim Stehen und Gehen beschrieben werde. Dem gegenüber stünden die Observationsergebnisse, wo ein Schwanken weder beim Gehen noch beim Stehen zu sehen sei. Der beobachtete Gang sei zwar auffällig, plump und watschelig wirkend, aber durchaus immer sicher und zielgerichtet. Die medizinische Ursache des auffälligen Gangbildes, welches die Beschwerdeführerin jedenfalls nicht behindere, könne anhand der Videos nicht festgestellt werden. Im einfachsten Fall sei es auf das Übergewicht mit beginnenden Verschleisserscheinungen der unteren Gelenke zurückzuführen. Die Beschwerdeführerin habe nie sichtbar Ausfallschritte neben der eingeschlagenen Gehrichtung durchgeführt, welche als stabilisierende Massnahme bei einem Schwindelanfall dienen würden. Sie habe sich mit einer Ausnahme (Laternenpfahl bei Kreuzung einer Personengruppe auf schmalen Gehweg) nie abstützen oder festhalten müssen. Es würden sogar üblicherweise Schwindel auslösende Handlungen vorgenommen wie rasches Kopfschütteln, abrupte Drehbewegungen, in die Knie gehen und Bücken, ohne dass danach eine Reaktion zu erkennen wäre. Die einmalig gezeigte Unsicherheit beim Kreuzen einer Gruppe auf einem engen Gehweg könne nicht eindeutig interpretiert werden. Selbst wenn es sich bei diesem Vorfall um eine Schwindelattacke gehandelt haben sollte, so sei diese angesichts der Einmaligkeit während der Observationsphase von völlig untergeordneter Bedeutung. Im Weiteren ergäben sich auch keine Hinweise für eine sich ungünstig auswirkende



Psychopathologie. Die Versicherte sei in der Lage, ein Auto zielgerichtet zu lenken, zielgerichtet Einkäufe zu tätigen und sich auch über eine lange Zeitspanne intensiv mit einer Aufgabe zu beschäftigen. Sie pflege Sozialkontakte in Form von Gesprächen mit Dritten. Zusammengefasst ergäben sich aus den wiederholt beobachteten Alltagssituationen keine Hinweise auf das Vorliegen einer behindernden gesundheitlichen Problematik und insbesondere keine Hinweise auf eine chronische Schwindelsymptomatik mit Schwankschwindel. Auch eine alltagsrelevante Psychopathologie lasse sich aus dem Verhalten nicht ableiten. Somit sei es nicht nachvollziehbar, weshalb die Versicherte mit einer ihr sicherlich zumutbaren Willensanstrengung nicht wieder ihre berufliche Tätigkeit aufnehmen könne. Aufgrund des gezeigten Verhaltens müsse von einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit im Stammbetrieb von 100% ausgegangen werden (Fremdakten der UV).

3.4 Der Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2010 ist ergänzend zu seinem Bericht vom 4. Juni 2010 erfolgt, mit welchem er bereits eine Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung sämtlicher medizinischer Vorakten vorgenommen hat. Während er gemäss seinem Bericht vom 4. Juni 2010 noch weitergehende medizinische Abklärungen für notwendig gehalten hat, ist er nach Würdigung der Observationsergebnisse auch ohne weitere Abklärungen zum Schluss gekommen, dass die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig ist. Diese Einschätzung lässt sich im Hinblick auf die Schwindelsymptomatik gut mit den übrigen medizinischen Akten vereinbaren. In seinem Bericht vom 4. Juni 2010 hat Dr. G.\_\_\_\_ festgehalten, dass sich aufgrund der medizinischen Aktenlage ein organisches Leiden, welches die Schwindelzustände auslöse oder erklären würde, mit praktischer Gewissheit ausschliessen lasse (Fremdakten UV). Die Beschwerdeführerin ist umfassend, namentlich otologisch, kardiologisch und neurologisch, abgeklärt worden. Jedoch hat keine der Abklärungen eine Ursache für den Schwindel ergeben (vgl. IV-act. 7-1, 7-3, 7-9). Bezüglich der im Rahmen der neurologischen Untersuchung durch Dr. C.\_\_\_\_ festgestellten Marklagerläsionen hat eine entzündliche Erkrankung mittels einer Liquor-Untersuchung sicher ausgeschlossen werden können. Dr. C.\_\_\_\_ hat die Läsionen schliesslich als unspezifische Gliosen qualifiziert (vgl. IV-act. 21-1). Gestützt auf die Observationsergebnisse, die Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ sowie die übrigen diesbezüglichen medizinischen Akten kann eine Schwindelsymptomatik mit einer



relevanten Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Diese Schlussfolgerung lässt sich aufgrund des aufschlussreichen und sehr sorgfältigen Berichts von Dr. G.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2010 auch ohne eine Sichtung der Original-Observationsvideos, welche sich nicht bei den dem Gericht vorliegenden Akten befinden, ziehen.

3.5 In psychiatrischer Hinsicht hat sich die Beschwerdeführerin im August 2009 wegen zunehmender Angstzustände und Stimmungsschwankungen selbst in Behandlung begeben. Die erstuntersuchende Psychiaterin Dr. med. F.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hat anlässlich der Untersuchung am 21. August 2009 die vorläufigen Diagnosen einer Panikstörung, Angst und depressiven Störung gemischt, differentialdiagnostisch einer organischen depressiven und Angststörung sowie eines Verdachts auf Störungen durch Sedativa (Benzodiazepine), gegenwärtig Substanzgebrauch, eventuell iatrogen, gestellt. Dazu hat Dr. F.\_\_\_\_ festgehalten, es sei anamnestisch eine Phase längerer Benzodiazepineinnahme nach dem plötzlichen Tod des Ehemannes der Beschwerdeführerin im Jahr 1996 und nach dem tragischen Unfalltod ihres Sohnes, welcher im Alter von 16 Jahren erstickt sei, bekannt (Fremdakten der UV). Der Hausarzt hat die Beschwerdeführerin in der Folge Dr. D.\_\_\_\_ zugewiesen, welcher am 16. Dezember 2009 eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion sowie eine Benzodiazepinabhängigkeit diagnostiziert hat (vgl. IV-act. 15-1). Gemäss seinem Bericht vom 3. Juni 2010 hat er die Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion nicht mehr für zutreffend gehalten. Er hat ausgeführt, dass er aufgrund der vorliegenden (somatischen) Befunde, des ungenügenden Ansprechens auf die antidepressive Medikation und der psychotherapeutischen Interventionen die Symptomatik als organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma beurteile. Die Benzodiazepine, welche sich möglicherweise verstärkend auf den Schwindel und die Sturzgefahr auswirkten, hätten bisher nicht abgesetzt werden können, da die Versicherte immer wieder panikartige Ängste gehabt habe. Es bestehe ab dem 12. Februar 2009 eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit bis auf Weiteres und wahrscheinlich dauernd. Diese Einschränkung ergebe sich dadurch, dass übermässiger emotionaler Stress bei der Beschwerdeführerin zu panikartigen Ängsten, emotionaler Erschöpfung, massiven Überforderungsgefühlen, Reizbarkeit, impulsiven Ausbrüchen sowie depressiven Verstimmungen und Suizidgedanken führe. Es komme bei der Arbeit daher zu Konflikten



mit Mitarbeitern und Vorgesetzten, zu Fehlern bei der Arbeit durch verminderte Konzentrationsfähigkeit, zu einem verminderten Durchhaltevermögen und zu emotionaler Instabilität (vgl. IV-act. 25-4). Im Verlaufsbericht vom 17. November 2010 hat Dr. D.\_\_\_\_ festgehalten, dass er nach Sichtung der Observationsergebnisse die Diagnose eines ausgeprägten organischen Psychosyndroms nicht mehr für sehr wahrscheinlich halte. Die Beurteilung gestalte sich schwierig. Einerseits lägen klare medizinische Befunde wie die ausgedehnten Gliosen, die verzögerten SEP-Latenzen sowie die Orbitabodenfraktur rechts vor, welche nicht simuliert werden könnten. Zudem wirke die psychische Symptomatik mit Verzweiflung, Hilflosigkeit, Depression, Ängsten, Ratlosigkeit und gelegentlicher Wut nicht aufgesetzt, sondern scheine dem Befinden der Beschwerdeführerin zu entsprechen. Andererseits widersprächen dieser Annahme die Videobeobachtungen der Beschwerdeführerin im Alltag. In Anbetracht aller Umstände müsse die psychiatrische Diagnose wohl weiter gefasst werden. Neben einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion sei aufgrund der unklaren Stürze und der emotionalen Instabilität von einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus auszugehen. Die Sturztendenz und der Schwindel erachte er eventuell eher als Ausdruck einer dissoziativen Komponente im Rahmen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung denn als eine Folge der immer noch bestehenden Benzodiazepinabhängigkeit (vgl. IV-act. 39). Dr. D.\_\_\_\_ hat im Verlaufsbericht keine ausdrückliche Arbeitsfähigkeitsschätzung vorgenommen. Da er jedoch davon ausgegangen ist, dass sich die psychische Symptomatik der Beschwerdeführerin seit seinem Bericht vom 3. Juni 2010 nicht grundsätzlich verändert habe, hat er wohl trotz der geänderten Diagnose weiterhin eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit angenommen.

3.6 RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, hat gemäss seiner Stellungnahme vom 23. Februar 2011 die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung in Zweifel gezogen und ausgeführt, es sei angesichts der wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Krankheitsverlauf sehr unwahrscheinlich, dass diese Erkrankung erstmals nach dem Unfall vom 12. Februar 2009 in Erscheinung getreten und in den Jahren davor nie aufgefallen sei. Es stehe vielmehr die Benzodiazepinabhängigkeit im Vordergrund (vgl. IV-act. 45). Am 5. Juli 2011 hat Dr. K.\_\_\_\_ ausgeführt, dass die von Dr. D.\_\_\_\_ seit dem 12. Februar 2009 bestätigte 100%-ige Arbeitsunfähigkeit spätestens seit Beginn der von der Unfallversicherung in Auftrag



gegebenen Observation nicht nachvollzogen werden könne. Die von ihm diagnostizierte emotional instabile Persönlichkeitsstörung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon früher vorhanden gewesen, habe sich jedoch gemäss dem eingereichten Lebenslauf der Beschwerdeführerin nie einschränkend auf ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt. Der Sturz sei am ehesten durch die zu diesem Zeitpunkt aktenkundige Benzodiazepinabhängigkeit hervorgerufen worden. Unter Ausblendung dieser Abhängigkeit sei seit Juni 2010 sowohl in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit der Versicherten auszugehen (vgl. IV-act. 62; zu den Voraussetzungen, unter denen auch ein schädlicher Substanzgebrauch [Sucht] Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben kann vgl. Urteil des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 22. Oktober 2012, IV 2010/443, E. 2.2).

3.7 Aus den psychiatrischen Berichten ergibt sich zunächst, dass bei der Beschwerdeführerin eine Benzodiazepinabhängigkeit besteht. Der Beginn der Abhängigkeit kann nicht klar eruiert werden (vgl. IV-act. 33). Ob der Schwindel und die Sturztendenz – wie von Dr. K.\_\_\_\_ geltend gemacht – auf die Benzodiazepinabhängigkeit zurückzuführen sind oder nicht, kann vorliegend offen bleiben. Die Observationsergebnisse und der Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ haben nachvollziehbar gezeigt, dass es keinerlei Hinweise darauf gibt, dass die Beschwerdeführerin im Alltag aufgrund einer Schwindelsymptomatik eingeschränkt ist, womit sich der Schwindel auch überwiegend wahrscheinlich nicht relevant auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt. Neben der Benzodiazepinabhängigkeit hat die Beschwerdeführerin jedoch offenbar eine weitere psychische Symptomatik gezeigt. Gemäss Dr. D.\_\_\_\_ besteht diese aus Verzweiflung, Hilflosigkeit, Depression, Ängsten, Ratlosigkeit, gelegentlicher Wut und Suizidgedanken (vgl. IV-act. 39-3). Eine klare Diagnosestellung anhand dieser Symptomatik ist wohl nicht möglich gewesen, weshalb Dr. D.\_\_\_\_ im Verlauf seine Diagnosen bei grundsätzlich stationärem Befund mehrfach geändert hat. Zuletzt ist er davon ausgegangen, dass die Symptomatik mit Ängsten, depressiven Verstimmungen und emotionalen Ausbrüchen am ehesten Ausdruck einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus sei. Diese Erkrankung werde überlagert von einer Anpassungsstörung an tatsächliche medizinische Störungen (Commotio, Orbitafraktur rechts) mit Angst und depressiver Reaktion (vgl. IV-act. 29-2). Dr. K.\_\_\_\_ hat eine Auswirkung der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung auf die



Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit der Begründung verneint, dass diese sich in den Jahren zuvor nie einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt habe. Dies lässt sich jedoch allein anhand des eingereichten Lebenslaufs der Beschwerdeführerin sowie des Umstands, dass sie vor dem ersten Unfall wohl nur wenige Male beim Arzt gewesen war, nicht abschliessend sagen. Im Weiteren hat Dr. D.\_\_\_\_ nebst der Persönlichkeitsstörung auch eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion diagnostiziert, welche erst nach dem Unfall aufgrund der erlittenen Verletzungen aufgetreten ist. Zwar hat Dr. G.\_\_\_\_ bei der Auswertung der Observationsergebnisse keine Hinweise auf eine alltagsrelevante Psychopathologie erkennen können, jedoch erscheinen Videoaufnahmen – wenn überhaupt – nur bedingt geeignet, eine solche Pathologie festzustellen. Dr. G.\_\_\_\_ hat auch ausdrücklich festgehalten, dass er die Mimik der Beschwerdeführerin infolge fehlender Nahaufnahmen nicht beurteilen könne (vgl. Fremdakten der UV, S. 14 des Berichts vom 18. Oktober 2010). Aufgrund der Observationsergebnisse kann daher eine psychische Erkrankung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht ausgeschlossen werden. Die Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ sind im Gegensatz zu den Stellungnahmen von Dr. K.\_\_\_\_, welcher eine fachfremde Beurteilung vorgenommen und die Beschwerdeführerin nie selbst untersucht hat, fundiert und ausführlich begründet. Dennoch erscheint eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin allein aufgrund der aufgeführten Symptomatik nicht ohne Weiteres nachvollziehbar. Vor diesem Hintergrund wären weitergehende Abklärungen des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin angezeigt gewesen.

3.8 Im Vorbescheidverfahren hat die Beschwerdeführerin erstmals orthopädische Berichte betreffend ihre Schulter- und Kniebeschwerden eingereicht. Aus diesen ergibt sich, dass der Orthopäde von einer Frozen shoulder rechts ausgegangen ist, welche gemäss einem Bericht vom 30. September 2010 in das Stadium II mit einer Reduktion der Beschwerden und zunehmender Bewegungseinschränkung übergegangen ist (IV-act. 66-3). Bezüglich der Kniebeschwerden ist anlässlich der Untersuchung vom 3. März 2011 eine Varus-Gonarthrose am rechten Knie festgestellt worden. Der behandelnde Orthopäde hat festgehalten, dass die Beschwerdeführerin belastungsabhängige Schmerzen im rechten Kniegelenk und nächtliche Ruhe- und Anlaufschmerzen angegeben habe, womit sie in ihrer Mobilität deutlich eingeschränkt sei. Aufgrund der angegebenen Beschwerden und dem radiologischen Befund hat er



der Beschwerdeführerin zu einer Prothese geraten (vgl. IV-act. 66-5). RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ hat festgestellt, dass die vom Orthopäden beschriebenen Funktionseinschränkungen in krasser Weise den Ergebnissen der Videoobservation entgegensünden, wo eine volle Mobilität der Arme und Knie beobachtet werden können (vgl. IV-act. 67). Dazu ist festzuhalten, dass die Observationsergebnisse bezüglich der orthopädischen Probleme nur Indiziencharakter haben. Zwar hat Dr. G.\_\_\_\_ in den beobachteten Alltagssituationen keinerlei Hinweise darauf gesehen, dass eine behindernde gesundheitliche Problematik bestünde, jedoch ist seine Beurteilung auf die geltend gemachte Schwindelsymptomatik und Psychopathologie ausgerichtet gewesen. Über die vorliegenden orthopädischen Probleme hat er mangels entsprechender Berichte in den Akten keine Kenntnis gehabt und hat die Videoaufnahmen nicht unter diesem Gesichtspunkt würdigen können. Immerhin hat er festgehalten, dass sich die Beschwerdeführerin beim Aufstehen aus kniender Position jeweils mit einer oder beiden Händen kurz abstützen müssen (vgl. Fremdakten der UV, S. 14 des Berichts vom 18. Oktober 2010), was auf eine gesundheitliche Einschränkung hindeuten könnte. Die Beschwerdeführerin hat in der Beschwerde vorgebracht, dass die Videobeobachtungen nicht aussagekräftig seien, da sie draussen immer unter dem Einfluss von Schmerz- und Beruhigungsmitteln gestanden habe (vgl. act. G 6). Dieser Einwand ist in Bezug auf die orthopädischen Probleme durchaus zu beachten und mindert den Beweiswert der Observationsergebnisse diesbezüglich zusätzlich. Gestützt auf die Videoüberwachung lässt sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht jedenfalls nicht abschliessend verneinen. Auf Nachfrage des RAD ist das Resultat des vom Orthopäden veranlassten Athro-MRIs der Schulter vom 27. September 2010 eingereicht worden. Dieses hat ergeben, dass das Labrum und die gesamte Rotatorenmanschette einschliesslich der langen Bizepssehne intakt sind. Es hat sich jedoch eine AC-Arthrose mit geringem Impressionseffekt auf den musculoligamentären Übergang sowie ein muskulär strassenförmiges Ödem des Musculus supraspinatus gezeigt (vgl. IV-act. 70-2). Dr. K.\_\_\_\_ hat dazu festgestellt, dass die bis auf eine Ausnahme unauffälligen Befunde mit der anlässlich der Observation beobachteten Funktionstüchtigkeit der rechten Schulter gut zu vereinbaren seien. Bezüglich der Kniebeschwerden hat der behandelnde Orthopäde dem RAD mitgeteilt, dass die Beschwerdeführerin den OP-Termin auf unbestimmte Zeit verschoben habe (IV-act. 72-2). Daraus hat Dr. K.\_\_\_\_ geschlossen, dass der



Leidensdruck der Beschwerdeführerin nur gering sein könne. Zusammengefasst hat er festgehalten, dass die orthopädischen Gesundheitseinschränkungen somit nicht von gravierendem Ausmass seien, so dass der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen oder einer anderen Tätigkeit zugemutet werden könne (vgl. IV-act. 71). Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden. Insbesondere die vom Orthopäden wegen der Kniebeschwerden als indiziert erachtete Totalprothese lässt auf eine doch weit fortgeschrittene Arthrose mit entsprechenden Beschwerden schliessen, was zu einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen kann. Die Beschwerdeführerin erklärt die Aufschiebung der Operation mit Bedenken wegen der hohen Risiken und der fehlenden Erfolgsgarantie, was nachvollziehbar erscheint. Unter diesen Umständen wäre eine fachärztliche orthopädische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor Erlass der angefochtenen Verfügung erforderlich gewesen.

3.9 Zusammengefasst lässt sich eine relevante Auswirkung der Schwindelsymptomatik auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gestützt auf die Observationsergebnisse sowie die medizinischen Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliessen. Ob und in welchem Ausmass aus psychiatrischer und orthopädischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben ist, lässt sich anhand der vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilen. Eine Einschränkung kann diesbezüglich jedenfalls nicht mit Verweis auf die Observationsergebnisse verneint werden. Es wären weitere Abklärungen vor Erlass der angefochtenen Verfügung, etwa in Form einer psychiatrischen und orthopädischen Begutachtung, jeweils unter Berücksichtigung der Observationsergebnisse, angezeigt gewesen. Dies wird die Beschwerdegegnerin nachzuholen haben. Folglich ist die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.

Neben der erfolgten medizinischen Abklärung ist auch der Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen, welchen sie im Beschwerdeverfahren erneut geltend gemacht hat, neu zu prüfen.

5.



## St.Galler Gerichte

5.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 28. Dezember 2011 teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit zur weiteren medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2 Nach Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit angemessen. Die Rückweisung zur Neubeurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 235 E. 6). Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr zurückzuerstatten.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 28. Dezember 2011 aufgehoben; die Sache wird zur weiteren medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der Beschwerdeführerin ist der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss zurückzuerstatten.