



**Fall-Nr.:** IV 2014/127  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 13.12.2019  
**Entscheiddatum:** 29.11.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 29.11.2016**

**Art. 43 Abs. 1 ATSG. Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Rückweisung der Sache zu weiteren neurologischen Untersuchung (resp. erneuten neurologischen Begutachtung) mit eventuell neuropsychologischer Untersuchung und zur anschliessenden psychiatrischen Begutachtung, da zwischenzeitlich vom behandelnden Psychiater neue Diagnosen (ADHS und bipolare Störung) angegeben worden sind, der MRI-Befund multiple unspezifische Marklagerläsionen gezeigt hat und die behandelnde Neurologin weitere Untersuchungen als indiziert erachtet hat. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. November 2016, IV 2014/127).**

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger

Geschäftsnr.

IV 2014/127

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Regula Walker,

Dorfstrasse 7, Postfach, 8722 Kaltbrunn,



## St.Galler Gerichte

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich im April 2006 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Sie gab an, seit dem Jahr 2001 an Knie-, Fuss- und Rückenbeschwerden zu leiden. Zudem sei ihre Psyche beeinträchtigt. Weiter erklärte sie, eine Ausbildung zur Hotelfachassistentin absolviert zu haben.

A.b Bereits im März 2002 war die Versicherte im Auftrag der Unfallversicherung von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, begutachtet worden (Gutachten vom 9. Mai 2002, Fremdakten). Er hatte die Arbeitsfähigkeit als selbständige Wirtin wegen einer chronischen Instabilität und sekundären degenerativen Veränderungen im linken Kniegelenk auf 50 % und als kaufmännische Angestellte (vorwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit zu Unterbrüchen) auf 75 % geschätzt. Im Juli 2005 war die Versicherte erneut von Dr. B.\_\_\_\_ begutachtet worden (Gutachten vom 11. Dezember 2005, IV-act. 14-3 ff.). Er war zum Schluss gekommen, dass aufgrund der posttraumatischen Gonarthrose, die sich nach der Knieverletzung vom 12. Februar 2001 entwickelt habe, glaubhafte Restbeschwerden bestünden. Bei ungünstigen statischen Bedingungen (X-Beine, unvollständige Streckbarkeit des linken Kniegelenks, Übergewicht) müsse mit einer Zunahme der degenerativen Veränderungen gerechnet werden. Als Wirtin sei die Versicherte zu mindestens 25-50 % (je nach Grösse des Betriebs bzw. nach den Möglichkeiten, besonders ungünstige Belastungen delegieren zu können) in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Die Arbeitsunfähigkeit als kaufmännische Angestellte betrage ca. 20 %.



## St.Galler Gerichte

A.c Dr. med. C.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, berichtete am 2. Januar 2007 (IV-act. 14-1 f. und 14-21 f.), dass es im Anschluss an ein Unfallereignis (vordere Kreuzbandruptur links) zu chronischen Kniegelenksbeschwerden links und damit einhergehend zu einer depressiven Entwicklung gekommen sei. Trotz mehrmaliger operativer und intensiver physiotherapeutischer und medikamentöser Behandlung hätten erhebliche Beschwerden persistiert. Vom 1. Januar 2005 bis 31. August 2006 sei die Versicherte als kaufmännische Angestellte zu 100 % und ab dem 1. September 2006 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Die Ärzte des Psychiatrischen Zentrums D.\_\_\_\_ berichteten am 2. Mai 2008 (IV-act. 62), dass sich die Versicherte seit dem 20. August 2007 in ihrer Behandlung befinde. Sie leide an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) mit zwanghaften, abhängigen und dissozialen Zügen, die differentialdiagnostisch und gegebenenfalls im Zusammenhang mit einer Traumafolgestörung interpretiert werden könne. Neben den somatischen Beschwerden bestünden Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Beeinträchtigungen im Umgang mit Geld und Reinigungszwänge. Die bisherigen Tätigkeiten (Sekretärin/Telefonistin, Wirtin) seien der Versicherten nicht mehr zumutbar. In einer körperlich leichten Tätigkeit bestehe eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit.

A.d Im April 2008 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle vom Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG (AEH) bidisziplinär (rheumatologisch und psychiatrisch) begutachtet (Gutachten vom 2. Juli 2008, IV-act. 68). Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten:

- Zunehmend lateral betonte Femorotibial- sowie Femoropatellararthrose und Narbenhypertrophie am vorderen Kreuzband links
- Status nach lateraler Teilmeniskektomie am 22.10.2003
- Status nach vorderer Kreuzbandplastik linkes Knie am 08.07.2004
- degenerative Meniskusläsion medial und lateral
- Re-Arthroskopie am 15.11.2005 mit Entfernung von Narbenmaterial und Gelenkstoilette



## St.Galler Gerichte

- beginnende Femoropatellararthrose sowie Status nach Teilmeniskektomie lateral rechts nach lateraler Meniskusruptur am 29.03.2004
- Genu valgum bds., etwas linksbetont
- leichte Periarthropathia humeroscapularis tendopathica vom Impingementtyp links
- leichte Epicondylopathia radialis links
- Auslöser/Ursache unbekannt
- DD: myofaszial, Über-/Fehlbelastung beim Führen der Hunde
- kombinierte Persönlichkeitszüge mit abhängigen, narzisstischen, emotional instabilen und dissozialen Zügen (F61).

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden angegeben:

- Adipositas per magna (BMI 39 kg/m<sup>2</sup>)
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)
- Verdacht auf rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4).

Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation/Rheumatologie, schätzte die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Gastwirtin, abhängig von der Verfügbarkeit einer zusätzlichen Serviertochter, auf 25-40 %. In einer körperlich leicht bis mittelschweren Tätigkeit (z.B. als Sekretärin) sei die Versicherte ganztags arbeitsfähig, benötige aufgrund der nachvollziehbaren Schmerzproblematik bei erheblich strukturellen Veränderungen aber vermehrte Pausen von 2 Stunden pro Tag, was einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % entspreche. Dr. med. F.\_\_\_\_, Psychiatrie/ Psychotherapie, erklärte, dass in psychiatrischer Hinsicht in der angestammten Tätigkeit zurzeit höchstens eine 20 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, die im Laufe von sechs Monaten auf eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit sollte gesteigert werden können. In interdisziplinärer Hinsicht schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der relativ frischen, aktuell noch nicht



## St.Galler Gerichte

behandelten myofaszialen Problematik im Bereich des linken Arms und der psychiatrischen Komorbidität während der folgenden sechs Monate auf 50 %. Danach betrage die Arbeitsfähigkeit 75 %.

A.e Mit Verfügung vom 16. Dezember 2008 (IV-act. 87) verneinte die IV-Stelle ausgehend von einem IV-Grad von 25 % einen Anspruch auf eine Invalidenrente. Dagegen liess die Versicherte Beschwerde erheben und neue medizinische Berichte einreichen (IV-act. 95). RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_ notierte am 3. Juli 2009 (IV-act. 103), dass sich der psychische Gesundheitszustand seit der letzten Begutachtung möglicherweise verschlechtert habe. Es sei eine Verlaufsbeurteilung notwendig. Am 20. Juli 2009 widerrief die IV-Stelle die angefochtene Rentenabweisungsverfügung (IV-act. 113). Das Beschwerdeverfahren wurde in der Folge abgeschrieben (IV-act. 122).

A.f Im November 2009 wurde die Versicherte durch die ABI Aerztliches Begutachtungsinstitut GmbH polydisziplinär (allgemein-internistisch, psychiatrisch und orthopädisch) begutachtet (Gutachten vom 1. Februar 2010, IV-act. 127). Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten:

- Mässige mediale und femoropatelläre Gonarthrose links
  - radiologisch mässiggradige degenerative Veränderungen im medialen und femoropatellären Kompartiment, Patellatiefstand und fehlende Abgrenzbarkeit des vorderen Kreuzbandes (Röntgen und MRI 26.1.2009)
- chronische Knieschmerzen rechts
  - geringgradige degenerative Veränderungen im medialen Kompartiment (Röntgen und MRI 26.1.2009)
- chronische Instabilität OSG rechts
  - Knick-Senk-Spreizfuss bei valgischer Beinachse beidseits
  - Status nach rezidivierendem Supinationstrauma, letztmals vor wenigen Wochen
  - deutlich vermehrter Talusvorschub



## St.Galler Gerichte

- chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle
- freie Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte.

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter an:

- Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und emotional instabilen Zügen (F61.0)
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung.

Der psychiatrische Gutachter Dr. med. H.\_\_\_\_ gab keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an. Er führte aus, dass die Versicherte über übersinnliche Erlebnisse berichtet habe. Da sie aber durchaus eine Distanz zu ihren Wahrnehmungen habe und ein kritisches Realitätsurteil erhalten sei, könne die Diagnose einer psychotischen Störung nicht gestellt werden. Der Missbrauch durch den Vater und die Platzierung in Pflegefamilien stellten frühe lebensgeschichtliche Belastungen dar. Ihre zwei gescheiterten Ehen seien durch Abhängigkeit und körperliche Gewalt geprägt gewesen. Die Versicherte sei rasch verstimmt und könne launisch und impulsiv reagieren. Die Persönlichkeitsstörung sei nicht stark ausgeprägt, sodass es ihr möglich gewesen sei, bis zum Unfall arbeitstätig zu sein. Die psychosozialen und emotionalen Belastungen seien deutlich ausgeprägt und drückten sich im Sinne der Abwehr auch in den somatisch nicht hinreichend objektivierbaren Schmerzen aus. Aus psychiatrischer Sicht seien der Versicherten einfache Tätigkeiten zumutbar. Der orthopädische Gutachter Dr. med. I.\_\_\_\_ hielt fest, dass sich die von der Versicherten angegebenen Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenks durch die objektivierbaren Befunde, die Bilddokumente sowie die arthroskopischen Berichte weitgehend begründen liessen. Es bestehe eine chronische ventrale Instabilität nach VKB-Ersatzplastik vor fünf Jahren mit daraus resultierendem Reizzustand und Bewegungseinschränkung, Patellatiefstand sowie femoropatellärer Überlastung bei mässigen arthrotischen Veränderungen. Auch die Beschwerden im rechten Kniegelenk seien gut nachvollziehbar. Weniger nachvollziehbar seien dagegen die Beschwerden an der lumbalen Wirbelsäule bei freier Beweglichkeit im zervikalen und thorakalen Abschnitt. Seitens der Kniegelenke bestehe überdies eine diffuse Ausbreitung der



Schmerzen, die einen gewissen Hinweis für eine Ausweitung der Schmerzproblematik darstellten. Aus orthopädischer Sicht bestehe, bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs, für sämtliche körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. In polydisziplinärer Hinsicht schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit für sämtliche körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten auf 80 %. Die Arbeitsfähigkeit retrospektiv zu beurteilen, sei schwierig. Aufgrund der Akten könne jedoch keine lang andauernde, 20 % übersteigende Arbeitsunfähigkeit nachvollzogen werden.

A.g RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_ notierte am 13. Februar 2010 (IV-act. 129), dass auf das ABI-Gutachten abgestellt werden könne. Mit Vorbescheid vom 26. März 2010 (IV-act. 135) stellte die IV-Stelle der Versicherten bei einem IV-Grad von 20 % die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht. Dagegen liess die Versicherte u.a. einwenden, dass den ABI-Gutachtern das vom Untersuchungsrichteramt K. \_\_\_ in Auftrag gegebene forensisch-psychiatrische Gutachten des Psychiatriezentrums L. \_\_\_ vom 27. September 2004 nicht vorgelegen habe (IV-act. 136-3). Dieses ging am 27. Juli 2010 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 147). Die Gutachter hatten erklärt, dass die Versicherte an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, narzisstischen und dissozialen Anteilen leide. Die Willensfähigkeit sei bei allen ihr zur Last gelegten Taten (knapp) in leichtem Masse vermindert gewesen. Auf Rückfrage hin antwortete das ABI am 2. September 2010 (IV-act. 159), dass das Psychiatriezentrum L. \_\_\_ ebenfalls die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung gestellt habe. Zum damaligen Zeitpunkt habe mehr die Symptomatik einer emotional instabilen Persönlichkeit als einer eigentlichen narzisstischen Persönlichkeit im Vordergrund gestanden. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit spiele dies aber keine Rolle, da die gleichen Kriterien zur Einschätzung der psychischen Ressourcen angewendet werden müssten. Die Versicherte sei trotz der kombinierten Persönlichkeitsstörung früher voll arbeitsfähig gewesen. Daher könne ihr die notwendige Willensanstrengung durchaus zugemutet werden, in einer körperlich angepassten Tätigkeit zu arbeiten. Unter Berücksichtigung des forensisch-psychiatrischen Gutachtens ergebe sich keine Änderung der Beurteilung.

A.h Die Uniklinik Balgrist erklärte in ihrem Bericht vom 1. März 2011 (IV-act. 168-3 f.), dass die Versicherte in einer sitzenden Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei. RAD-Ärztin



## St.Galler Gerichte

Dr. J.\_\_\_\_ notierte am 21. März 2011 (IV-act. 169), dass es sich bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Uniklinik Balgrist lediglich um eine andere Beurteilung des grundsätzlich gleichen medizinischen Sachverhalts handle. Auch in psychiatrischer Hinsicht resultiere durch die Berücksichtigung des forensisch-psychiatrischen Gutachtens keine Änderung. An der Beurteilung des ABI könne festgehalten werden.

A.i Mit Vorbescheid vom 20. April 2011 (IV-act. 173) wurde der Versicherten bei einem IV-Grad von 20 % die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht gestellt. Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, berichtete am 29. April 2011 (IV-act. 174), dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten weiterhin eingeschränkt sei. Es seien eine Zunahme der Streckhemmung und eine beginnende Varusgonarthrose auf der rechten Seite zu verzeichnen. Eine Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit wäre sinnvoll. Dr. J.\_\_\_\_ notierte am 25. Mai 2011 (IV-act. 175), dass sich aus dem Bericht von Dr. M.\_\_\_\_ keine neuen, die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden medizinischen Tatsachen ableiten liessen. Es könne weiterhin auf das Gutachten des ABI abgestellt werden. Nachdem die Versicherte gegen den Vorbescheid Einwendungen erheben liess, holte die IV-Stelle einen weiteren Bericht bei Dr. M.\_\_\_\_ ein. Dieser berichtete am 18. August 2011 (IV-act. 186), dass die Einschränkung der Belastbarkeit seit Februar 2010 zugenommen habe. Als Hotelfachassistentin bestehe aufgrund der schmerzhaften Bewegungseinschränkung bei einem ganztägigen Pensum eine um 50 % reduzierte Leistung. In einer sitzenden Tätigkeit sei sie zu 100 % arbeitsfähig. In Widerspruch dazu gab Dr. M.\_\_\_\_ an anderer Stelle in seinem Bericht an, dass der Versicherten eine sitzende Tätigkeit ohne schwere körperliche Belastung mit entsprechenden Hilfsmitteln nur zu 50 % zumutbar sei. Die Arbeitsfähigkeit sei durch das chronische Wirbelsäulensyndrom sowie die Knieschmerzen eingeschränkt.

A.j Die Ärzte des psychiatrischen Zentrums D.\_\_\_\_ berichteten am 21. März 2012 (IV-act. 196), dass sich die Versicherte vom 26. Juni bis 30. August 2011 bei ihnen in ambulanter Behandlung befunden habe. Sie leide an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften, abhängigen und dissozialen Zügen. Aufgrund der kurzen Behandlungsdauer könne die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschätzt werden.



A.k Das Kantonsspital N.\_\_\_\_ gab in seinem Austrittsbericht vom 3. Juli 2012 an (IV-act. 213), dass die Versicherte vom 24. bis 28. Juni 2012 hospitalisiert gewesen sei. Sie sei am 24. Juni 2012 vom Pferd gestürzt und habe dabei eine traumatische Subarachnoidalblutung frontoparietal rechts (CD06/12), eine Riss-Quetschwunde parieto-occipital, eine Kontusion der Hand links und eine Distorsion OSG links erlitten. Die Versicherte sei vom 24. Juni bis 8. Juli 2012 voll arbeitsunfähig (IV-act. 214-11).

A.l Im Januar 2013 wurde die Versicherte im Auftrag der Unfallversicherung orthopädisch und neurologisch begutachtet (Gutachten 31. Januar 2013, Fremdakten). Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, erklärte, dass weitere diagnostische Massnahmen, namentlich eine zerebrale Magnetresonanztomographie (MRI) und eine neuropsychologische Untersuchung notwendig seien, um das Ausmass einer allfälligen strukturellen traumatischen Hirnverletzung festzustellen und die geklagten neuropsychologischen Beschwerden, d.h. die Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, zu erklären. Ausserdem müssten die seit dem Unfall beklagten Tinnitus- und Schwindelbeschwerden fachärztlich abgeklärt werden. Fokal-neurologisch sei die Versicherte bei der aktuellen Untersuchung unauffällig gewesen. Der angegebene Kopfschmerz erfülle die diagnostischen Kriterien eines Kopfschmerzes bei Analgetikaübergebrauch als verselbständigte und die Arbeitsfähigkeit nicht tangierende Kopfschmerzform. Dr. med. P.\_\_\_\_, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, kam zum Schluss, dass infolge des Unfalls vom 24. Juni 2012 orthopädischerseits lediglich Prellungen nachvollziehbar seien, die üblicherweise innerhalb von wenigen Wochen folgenlos ausheilten. Eine durch den Unfall bedingte, heute noch bestehende Arbeitsunfähigkeit habe nicht festgestellt werden können. Nach Ablauf von spätestens acht Wochen sei die Versicherte für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (Tätigkeit in einem Hotel/Restaurant in Service und Küche, 100 %-Pensum) wieder arbeitsfähig gewesen. Allerdings sei zu berücksichtigen, dass bereits bei Antritt dieses Arbeitsplatzes im Mai 2012 eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von 20 % bestanden habe und diese Tätigkeit nicht adaptiert gewesen sei. Einer angepassten, d.h. überwiegend sitzenden Tätigkeit könne die Versicherte ohne Einschränkungen in vollem Umfang nachgehen.

A.m Im März/April 2013 wurde die Versicherte im Auftrag der Unfallversicherung von der SMAB AG neuropsychologisch, psychiatrisch und otorhinolaryngologisch begutachtet (Gutachten vom 10. Juni 2013, IV-act. 255). Die Diagnosen lauteten:



## St.Galler Gerichte

- Restsymptome einer abklingenden depressiven Anpassungsstörung (vormals wahrscheinlich mittelschwer) nach Reitunfall mit Schädelhirntrauma am 24.06.2012
- Status nach traumatischer Subarachnoidalblutung fronto-parietal rechts am 24.06.2012, klinisch-neurologisch ohne Ausfälle
- leichte authentische kognitive Funktionsstörung in Aufmerksamkeit, Gedächtnis und exekutiven Funktionen bei vor allem subjektiv Erschöpfung und Beeinträchtigung in gewohnten Aktivitäten (F06.7)
- chronischer Tinnitus
- unklare Schwindelbeschwerden, peripher-vestibulär keine fassbare Pathologie
- leichte pancochleäre Schwerhörigkeit beidseits
- persistierende Kniebeschwerden beidseits seit 2001
- chronisches Kopfweh vom Spannungstyp
- orthopädische Diagnosen siehe Gutachten vom 12.02.2013.

Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, erklärte, dass die von der Versicherten geschilderten unspezifischen Beschwerden wie Schwindel, konstantes hohes Summen in den Ohren, Nackenschmerzen durch Auflagedruck, bandförmiges Kopfweh bei Anstrengung, Konzentrationsschwierigkeiten und Vergesslichkeit weder klinisch-neurologisch noch mittels einer MRI des Gehirns hätten objektiviert werden können. Aus neurologischer Sicht bestehe daher eine volle Arbeitsfähigkeit. Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt fest, dass in psychiatrischer Hinsicht anlässlich der aktuellen Untersuchung bei einer weitgehend normalen Stimmungslage und Schwingungsfähigkeit nur noch geringe depressive Restsymptome hätten erhoben werden können. Von Seiten der vormals in den Akten wiederholt beschriebenen kombinierten Persönlichkeitsstörung sei nichts mehr eruierbar gewesen. Trotz allen belastenden früheren Situationen habe die Versicherte ihr Leben gemeistert und scheine einen starken Kern mit guten Ressourcen sowie starker intrinsischer Kraft,



Energie und Motivationsfähigkeit zu haben. Differentialdiagnostisch könnte es sich bei den Beschwerden der Versicherten, als Folge der traumatischen Hirnverletzungen als auch der anschliessenden psychosozialen Belastungen in der konflikthafter Auseinandersetzung mit der ehemaligen Arbeitgeberin und der Taggeldversicherung, verbunden mit Existenzängsten, um eine repressive Anpassungsstörung im Anschluss an den Unfall vom 24.06.2012 gehandelt haben. Die anhaltenden kognitiven Funktionseinbussen (Konzentration und Vergesslichkeit) könnten zum Teil auch depressionsbedingt gewesen sein. Die Versicherte sei willens und bereit, ab sofort zu 50 % eine körperlich leichte Bürotätigkeit auszuüben und ihr Arbeitspensum entsprechend dem Rückgang der neuropsychologischen Beeinträchtigungen schrittweise zu steigern. Auf keinen Fall sei ihr Ziel eine Berentung. Aus rein psychiatrischen Gründen bestehe zurzeit aufgrund der noch geringen depressiven Restsymptomatik eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 20 %, verbunden mit den geklagten neuropsychologischen Einschränkungen (Konzentration, Gedächtnis, Vergesslichkeit etc.) eine solche von maximal 50 %. Bei weiterer Remission in den nächsten Wochen werde der depressive Anteil der reduzierten Arbeitsfähigkeit rasch gegen Null sinken. Das neuropsychologische Teilgutachten war von Dr. phil S.\_\_\_\_, Psychologin FSP/Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, von der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen, erstellt worden (Fremdakten). Die Gutachterin führte aus, dass die Symptomvalidierung in Bezug auf einfache sensomotorische Reizreaktionszeiten sowie im sprachlich-episodischen Gedächtnis deutlich auffällig gewesen sei. In Übereinstimmung dazu seien die Anstrengungsbereitschaft und die Antriebs- und Selbstregulation in der Verhaltensbeobachtung während der Testung immer wieder reduziert gewesen. Dies bilde eine deutliche Diskrepanz zur schulischen und beruflichen Ausbildung. Die Versicherte habe oft nicht versucht, eine Aufgabe selber zu bewältigen, obwohl keine Hinweise vorhanden gewesen seien, dass sie dies von ihren Fähigkeiten her nicht könnte. Aus neuropsychologischer Sicht seien der Versicherten in erster Linie alle Tätigkeiten möglich, welche sie schon vor dem Trauma automatisiert und konstant mit möglichst wenigen Störeinflüssen habe verrichten können. Dazu gehörten vor allem Tätigkeiten als Büroangestellte. In diesen Tätigkeiten seien die Aufgaben in der Regel vorstrukturiert, der Tagesablauf vorgegeben und die emotionalen und sozialen Belastungen, wie sie in der Arbeit als Wirtin und/oder in der Arbeit als



Hotelfachangestellte regelmässig vorkämen, wenig ausgeprägt. Die beiden letztgenannten Tätigkeiten erforderten eine selbständige Antriebs- und Verhaltensregulation. Eine selbständige Tätigkeit sei auch vom Persönlichkeitsaspekt her eher ungeeignet. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Versicherte in einer einfachen Bürotätigkeit, je nach Anforderungen an die Verarbeitungskapazitäten, zu 80 % arbeitsfähig. Dr. med. T.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für ORL, gab im otorhinolaryngologischen Teilgutachten an, dass die Schwindelbeschwerden aus ORL-Sicht nicht erklärt werden könnten. Der Tinnitus schränke die Arbeitsfähigkeit kaum ein. Ungünstig seien Arbeiten in lärmiger Umgebung oder mit einer besonderen Hektik.

A.n RAD-Ärztin Dr. J.\_\_\_\_ notierte am 21. Oktober 2013 (IV-act. 240), dass sich der Gesundheitszustand im Vergleich zur Beurteilung des ABI vom Februar 2010 durch die zwei Stürze vom Pferd vorübergehend verschlechtert habe. Der psychiatrische Teilgutachter habe die Arbeitsunfähigkeit vom 24. Juni 2012 bis März 2013 auf 100 % geschätzt. Gemäss der Unfallversicherung bestehe spätestens ab dem Begutachtungszeitpunkt (29. April 2013) kein Leistungsanspruch mehr. Spätestens ab diesem Zeitpunkt sei daher wieder von der vom ABI festgelegten Arbeitsfähigkeit adaptiert von 80 % auszugehen.

A.o Mit Vorbescheid vom 29. November 2013 (IV-act. 244) kündigte die IV-Stelle der Versicherten bei einem IV-Grad von 20 % die Abweisung des Rentengesuchs an. Dagegen wendete die Versicherte am 21. Januar 2014 ein (IV-act. 247), dass die IV-Stelle den Reitunfall vom Juni 2012 bei der Invaliditätsbemessung nicht berücksichtigt habe. Ausserdem werde zurzeit abgeklärt, ob sie an einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung leide. Mit Verfügung vom 28. Januar 2014 (IV-act. 248) wies die IV-Stelle das Rentengesuch aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen ab. Zum Einwand hielt sie fest, dass der RAD in seiner letzten Stellungnahme alle Gutachten berücksichtigt habe. Im Übrigen habe die Versicherte keine neuen Tatsachen geltend gemacht.

B.

B.a Gegen diese Verfügung liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 27. Februar 2014 Beschwerde erheben (act. G 1). Ihre Rechtsvertreterin beantragte



## St.Galler Gerichte

die Zusprache einer Invalidenrente, wobei der Invaliditätsgrad aufgrund einer aktuellen medizinischen Begutachtung festzulegen sei. Zudem stellte sie ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege. Zur Begründung machte sie geltend, dass sich die im SMAB-Gutachten vom Juni 2013 gestellte positive Prognose nicht bewahrheitet habe. Trotz hochfrequenter Psychotherapie sei die Beschwerdeführerin seit mehreren Monaten zu 100 % arbeitsunfähig. Eine fachärztliche Abklärung habe ergeben, dass die Beschwerdeführerin an einer ADHS leide. Diese Diagnose erkläre, weshalb sich die prognostizierte Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes nie eingestellt habe. Sie zeige auch auf, dass der Beschwerdeführerin zu Unrecht Verdeutlichungstendenzen unterstellt worden seien. Wegen der ADHS sei die Beschwerdeführerin nicht in der Lage, die körperlichen Beschwerden zu überwinden. Die Schmerzen verunmöglichten es ihr wiederum, ihr Leben trotz der ADHS in den Griff zu bekommen. Wegen des Verdachts auf Multiple Sklerose sei Ende Mai 2014 eine weitere MRI-Untersuchung geplant. Die bisherigen Gutachten basierten auf unvollständigen Sachverhalten, weshalb auf diese nicht abgestellt werden könne. Hinzu komme, dass das SMAB-Gutachten im Auftrag der Unfallversicherung erstellt worden sei und deshalb Fragen zur Kausalität des Unfallereignisses im Vordergrund gestanden hätten. Des Weiteren enthalte das SMAB-Gutachten keine schlüssige Erklärung für die Kopfschmerzen sowie die Konzentrations- und Gedächtnisprobleme. Dr. med. U.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hatte in einem beiliegenden Bericht vom 6. Februar 2014 angegeben, dass die Beschwerdeführerin an einer stark ausgeprägten adulten ADHS vom Mischtyp (F90.0) und an histrionisch-dependenten Persönlichkeitszügen leide. Aus psychiatrischer Sicht sei sie im angestammten Beruf zu 100 % arbeitsunfähig. In einer adaptierten Tätigkeit (überschaubare Tätigkeit ohne Zeit- und Termindruck, ruhige und reizarme Arbeitsatmosphäre) sei bei noch unsicherer Prognose auf längere Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 30-50 % vorstellbar. Die Beschwerdeführerin unterziehe sich einer medikamentösen Therapie (Ritalin/Focalin), einem ADHS-Coaching sowie einer Psychotherapie.

B.b RAD-Ärztin Dr. J.\_\_\_\_ notierte am 15. April 2014 (act. G 6.1), dass die Kriterien einer ADHS bereits in der Kindheit und Jugend erfüllt gewesen sein müssten. Die Beschwerdeführerin sei mittlerweile viermal psychiatrisch begutachtet worden und habe sich ausserdem bei mehreren Psychiatern in Abklärung und Behandlung befunden. Nirgends fänden sich Hinweise darauf, dass in der Schule und während der



Ausbildung erhebliche Beeinträchtigungen bestanden hätten. In drei psychiatrischen Gutachten sei die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und emotional instabilen Zügen gestellt worden. Die den Affekt betreffenden Auffälligkeiten seien von den Gutachtern der emotionalen Instabilität im Rahmen der Persönlichkeitsstörung zugeordnet worden. Dr. U.\_\_\_\_ habe bei der Ursachendiskussion der postulierten Beeinträchtigungen weder die vordiagnostizierte Persönlichkeitsstörung noch den Unfall vom 24. Juni 2012 mit Subarachnoidalblutung und leichtem Schädel-Hirn-Trauma berücksichtigt. Über kognitive Einschränkungen grösseren Ausmasses sei erst nach dem Unfall vom 24. Juni 2012 berichtet worden. Zudem fehlten wesentliche, beim ADHS geforderte Symptome wie eine Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität. Weiter stütze sich die Diagnose von Dr. U.\_\_\_\_ in erster Linie auf die anamnestischen und subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ab. Insgesamt könne die Diagnose einer ADHS nicht nachvollzogen werden.

B.c Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 22. April 2014 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung führte sie aus, dass die SMAB AG die Beschwerdeführerin umfassend untersucht habe. Mit Verweis auf die RAD-Stellungnahme vom 15. April 2014 erklärte sie, dass an der bisherigen Einschätzung der adaptierten Arbeitsfähigkeit von 80 % festgehalten werde. Zudem ersuchte sie die Beschwerdeführerin, ihr die medizinischen Unterlagen betreffend die Multiple Sklerose nachzureichen.

B.d Am 25. April 2014 bewilligte die Präsidentin der 2. Abteilung das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung durch Rechtsanwältin lic. iur. R. Walker, act. G 7).

B.e Am 27. Juni 2014 informierte die Rechtsvertreterin das Gericht darüber (act. G 12), dass die Neurologin Dr. med. V.\_\_\_\_ aufgrund ihrer Untersuchung vom 17. Juni 2014 betreffend die Multiple Sklerose eine verhaltensneurologische Abklärung als notwendig erachte. Diese finde am 21. August 2014 statt. Am 15. September 2014 teilte dieselbe mit (act. G 14), dass die neurologische Abschlussuntersuchung am 26. September stattfinden werde. Den dazugehörigen Bericht reichte die Rechtsvertreterin am 14.



## St.Galler Gerichte

Oktober 2014 ein (act. G 16). Dr. med. W.\_\_\_\_, FMH Neurologie, hatte am 8. Oktober 2014 berichtet (act. G 16.1), dass im Vordergrund der aktuellen Befunde Defizite in der geteilten Aufmerksamkeit imponiert hätten. Die Beschwerdeführerin sei ablenkbar, angetrieben und chaotisch im Rapportieren, spreche jedoch gut auf Strukturhilfen an. Im Weiteren bestehe eine diskrete Lernschwäche sowie eine sprachliche Entwicklungsschwierigkeit mit unsicherer Orthographie und vermindertem sprachlichen Konzeptdenken. Gemäss der Anamnese seien diese Befunde frühkindlich erworben und möglicherweise durch den Reitunfall akzentuiert worden. Dr. W.\_\_\_\_ empfahl die Weiterführung der Methylphenidat-Behandlung (evtl. mit Dosissteigerung) sowie der psychologischen Therapie.

B.f Mit ihrer Replik vom 12. November 2014 (act. G 18) machte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ergänzend geltend, dass die Beschwerdeführerin trotz intensiver Therapien nach wie vor in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Aus den aktuellen ärztlichen Berichten gehe klar hervor, dass bei der Beschwerdeführerin nebst der unfallkausalen Invalidität von 20 % infolge einer Knieverletzung eine chronische neurologische und psychiatrische Erkrankung vorliege, deren Ätiologie immer noch nicht ganz geklärt sei. Diese Begleiterkrankung habe sich zusehends verschlechtert. Die Beschwerdeführerin sei bis heute zu 100 % arbeitsunfähig. In einem beigelegten Bericht vom 30. September 2014 (act. G 18.1.3) hatte Dr. V.\_\_\_\_ erklärt, dass sie die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden noch nicht zuordnen könne. Der neurologische Status vom 17. Juni 2014 sei unauffällig gewesen. Die weiteren Untersuchungen habe die Beschwerdeführerin abgesagt. Differentialdiagnostisch stehe ein vaskuläres Geschehen im Vordergrund. Eine demyelinisierende Erkrankung könne aber nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Weitere Abklärungen wie neuropsychologische Untersuchungen, VEP, eventuell Lumbalpunktion und eventuell muskuläre Abklärungen seien sicher sinnvoll. Dr. U.\_\_\_\_ hatte der Rechtsvertreterin am 14. Oktober 2014 berichtet (act. G 18.1.1), dass die Beschwerdeführerin neben einer adulten ADHS an einer bipolaren Störung (F31.8) und an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend narzisstisch-histrionischen Anteilen (F61.0) leide. Sie habe Schwierigkeiten, den Alltag zu bewältigen und leide an Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, an einer inneren Unruhe, an Desorganisiertheit und an ausgeprägten Stimmungsschwankungen. Sie habe zudem über wiederkehrende depressive Phasen mit gedrückter Stimmung, Antriebslosigkeit,



Wertlosigkeitsgefühlen und Ein- und Durchschlafschwierigkeiten berichtet. Im Verlauf der Therapie hätten sich immer wieder Phasen von gesteigertem Antrieb, Ideenflucht, überhöhtem Selbstwertgefühl sowie vermindertem Schlafbedürfnis gezeigt, welche als hypomane Episoden qualifiziert worden seien. Ausserdem bestünden ausgeprägte zwischenmenschliche Schwierigkeiten. Durch die Therapien sei es der Beschwerdeführerin gelungen, ihr Leben mehr und mehr zu ordnen, den Tag zu strukturieren, die Post zu öffnen, den Haushalt zu führen usw. Zudem gelinge es der Beschwerdeführerin immer besser, interaktionelle Situationen zu reflektieren und ihr Handeln sozialkompetent zu steuern. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer Funktionsfähigkeit in der Arbeitswelt nach wie vor eingeschränkt. Mit Bezug auf die Planung und Strukturierung von Aufgaben, aber auch bezüglich Flexibilität, Umstellungsfähigkeit sowie Durchhaltefähigkeit bestehe eine schwere bzw. mittelgradige Beeinträchtigung. Die ausgeprägten interaktionellen Defizite wirkten sich massgeblich auf die Gruppenfähigkeit aus. Ab Mitte Oktober sei ein langsamer Aufbau (Arbeitstraining 50 %) im geschützten Rahmen geplant, damit eine langfristige Prognose für die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne. Im Weiteren lag der Replik eine Kostennote der Rechtsvertreterin über den Betrag von Fr. 5'165.64 bei (act. G 18.2).

B.g Die Beschwerdegegnerin verwies für ihre Duplik auf die Stellungnahme des RAD vom 27. November 2014 (act. G 20). RAD-Ärztin Dr. J.\_\_\_\_ hatte darin ausgeführt, dass das Gutachten des SMAB vom Juni 2013 weiter Gültigkeit habe. Die SMAB-Sachverständigen hätten zur Gesamtarbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der Krankheits- und Unfallfolgen Stellung genommen. Die Diagnose eines ADHS könne weiterhin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Auch eine bipolare Störung liege nicht vor. Die erwähnten Auffälligkeiten seien im Rahmen der Persönlichkeitsstörung erklärbar. Die Kernspintomographie des Schädels vom 26. März 2014 habe keine Multiple Sklerose-typischen Läsionen gezeigt. Die von Dr. V.\_\_\_\_ im Bericht vom 30. September 2014 genannten neurologischen Symptome basierten ausschliesslich auf den Angaben der Beschwerdeführerin.

B.h Am 3. Dezember 2014 (act. G 21) reichte die Beschwerdegegnerin den MRI-Befund des Schädels vom 26. März 2014 nach. Dr. med. X.\_\_\_\_ gab an, dass analog zur Voruntersuchung multiple unspezifische Marklagerläsionen zum Teil mit Balkenbezug



nachgewiesen worden seien. Trotzdem müsse aufgrund der klinischen Symptomatik der Verlaufsuntersuchung (ohne Hinweis auf Befundprogredienz) und des Patientenalters eher von chronischen mikroangiopathischen Veränderungen ausgegangen werden. Intrakranielle Verletzungsfolgen und eine Schrankenstörung seien nicht nachgewiesen worden. Hinweise auf eine Liquorzirkulationsstörung oder auf eine intrakranielle Raumforderung fehlten.

B.i Am 13. Januar 2015 nahm die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin zur Duplik Stellung (act. G 23). Sie machte geltend, die SMAB-Gutachter hätten an mehreren Stellen erwähnt, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Beurteilungszeitpunkt noch eingeschränkt gewesen sei. Der weitere Krankheitsverlauf habe gezeigt, dass die Prognose der Gutachter, wonach sich die Belastbarkeit im Laufe der nächsten Wochen stabilisieren und die Beschwerdeführerin ihre volle Arbeitsfähigkeit wiedererlangen dürfte, falsch gewesen sei. Die Beschwerdeführerin habe wiederholt zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben werden müssen. Dr. U.\_\_\_\_ gehe weiterhin von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus. Weitere Abklärungen seien unerlässlich, da sowohl die Diagnosen als auch das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit unklar seien. Des Weiteren habe die RAD-Ärztin nicht begründet, weshalb keine bipolare Störung vorliege. Die Neurologin Dr. V.\_\_\_\_ habe weitere Abklärungen empfohlen. Der Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt. Der Stellungnahme zur Duplik lag eine Honorarnote über den Betrag von Fr. 5'157.65 bei (act. G 23.1).

B.j Am 13. Januar 2015 (act. G 24) reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin einen Bericht vom 12. Januar 2015 von Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Vertrauensarzt SGV, zuhanden der Sozialberatung der Stadt Z.\_\_\_\_ ein (act. G 24.1). Die von Dr. U.\_\_\_\_ mehrmals erwähnte Persönlichkeitsstörung stehe ausser Zweifel. Ob wirklich ein ADHS dazukomme, oder ob die beschriebenen Symptome Folge der erwähnten Störung seien, sei gar nicht so relevant (weshalb bezahle die Krankenversicherung das Ritalin nicht?). Da er das ABI-Gutachten nicht kenne, könne er dieses nicht beurteilen. Sofern dies nicht schon passiert sei, müsse durch einen Facharzt beurteilt werden, was für bleibende cerebrale Funktionseinbussen die Subarachnoidal-blutung zur Folge habe. Es zweifle niemand daran, dass die Beschwerdeführerin an einem geschützten Arbeitsplatz arbeitsfähig sei. Dazu müsse sie aber eingegliedert werden. Eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit erscheine



ihm adäquat. Ob die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsfähigkeit (in einigen Jahren) steigern könne, sei nicht auszuschliessen.

B.k Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme hierzu (vgl. act. G 25 f.).

B.l Am 16. November 2016 reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin einen aktuellen Bericht von Dr. U. \_\_\_ ein (act. G 27). Dieser hatte am 14. November 2016 berichtet (act. G 27.1), dass die Beschwerdeführerin nach wie vor in ihrer Funktionsfähigkeit in der Arbeitswelt eingeschränkt sei. Die unternommenen Arbeitsversuche seien gescheitert.

### Erwägungen

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung vom 28. Januar 2014 hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint. Zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

1.2 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 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. 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 ausgeglichen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).



## St.Galler Gerichte

1.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad 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).

1.4 Die Beschwerdeführerin hat sich im April 2006 zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet und geltend gemacht, dass die gesundheitlichen Beschwerden seit dem Jahr 2001 bestünden. Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG könnte der Rentenanspruch frühestens sechs Monate nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs entstehen. Zu prüfen wäre demnach ein Rentenanspruch ab dem 1. Oktober 2006. Nun ist aber nach dem (lückenfüllend geschaffenen) Übergangsrecht der 5. IV-Revision die altrechtliche Regelung des Rentenbeginns weiter anzuwenden, sofern das Wartejahr vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens (1. Januar 2008) zu laufen begonnen hat und die Anmeldung bis spätestens Ende Juni 2008 erfolgt ist (vgl. das vom Bundesamt für Sozialversicherungen herausgegebene IV-Rundschreiben Nr. 253 vom 12. Dezember 2007 sowie die Modifikation in BGE 138 V 475). Nach aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG entsteht der Rentenanspruch – unabhängig vom Datum der Anmeldung – unmittelbar mit der Erfüllung des Wartejahres. Ein Anspruch auf Nachzahlung besteht grundsätzlich nur für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate (aArt. 48 Abs. 2 IVG). Ein Rentenanspruch kann somit frühestens ab dem 1. April 2005 entstehen. Unter Berücksichtigung des Wartejahres ist im vorliegenden Verfahren somit die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ab 1. April 2004 bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses, d.h. dem 28. Januar 2014, relevant.

2.

2.1 Damit der IV-Grad ermittelt werden kann, muss zunächst abgeklärt werden, welches die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin gewesen ist. Nach der Handelsschule hat sie eine Ausbildung zur Hotelfachassistentin absolviert. Zuletzt hat sie diesen Beruf allerdings in den Achtzigerjahren ausgeübt. Das Aufgabengebiet einer



Hotelfachassistentin (heute Hotelfachmann/-frau genannt) umfasst die Reinigung und Pflege der Gästezimmer und Aufenthaltsräume, die Betreuung der Gäste im Restaurant und am Empfang, die Wäschepflege und die Materialverwaltung ([www.berufsberatung.ch/dyn/show/1900?id=5603#](http://www.berufsberatung.ch/dyn/show/1900?id=5603#), besucht am 30. August 2016). Aus diesem aktuellen Tätigkeitsbeschrieb kann geschlossen werden, dass sich das Aufgabengebiet einer Hotelfachfrau in den letzten Jahrzehnten nicht wesentlich gewandelt hat. Hinzu kommt, dass mit einem Stellenwechsel immer eine gewisse Einarbeitungszeit einhergeht, da sich die Hotelleriebetriebe in ihrer Organisation etc. unterscheiden. Zwar hat die Beschwerdeführerin während ihrer beruflichen Laufbahn auch andere Tätigkeiten ausgeübt. So ist sie unter anderem im Büro tätig gewesen, hat telefonische Lebensberatungen angeboten, hat in einem Haustierbedarfsgeschäft gearbeitet und hat selbständig ein Restaurant geführt. Für diese Tätigkeiten hat sie aber nicht über eine qualifizierte Ausbildung verfügt. Als Validenkarriere ist somit die Tätigkeit als Hotelfachassistentin zu betrachten.

2.2 Um das Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. In orthopädischer Hinsicht leidet sie insbesondere an chronischen Kniegelenksbeschwerden links und rechts und an einer chronischen Instabilität des oberen Sprunggelenks rechts. Wie erwähnt, beinhaltet die Tätigkeit als Hotelfachfrau insbesondere die Reinigung und Pflege der Gästezimmer und Aufenthaltsräume und die Betreuung der Gäste im Restaurant und am Empfang. Der Chirurg Dr. B.\_\_\_\_ hat erklärt, dass längerdauerndes Stehen, längerdauerndes Sitzen, Tragen von Lasten, Gehen auf unebenen Böden und Bergab- und Treppenabgehen ungeeignete Belastungen darstellten, die einerseits Beschwerden verursachten und andererseits den degenerativen Prozess weiter fördern würden (IV-act. 14-12). Damit überein stimmt die Angabe des ABI-Gutachters Dr. I.\_\_\_\_, gemäss welchem es sich bei einer adaptierten Tätigkeit um eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit handle, die kein wiederholtes Überwinden von Treppen beinhalte. Die Orthopädin Dr. P.\_\_\_\_ hat eine überwiegend sitzende Tätigkeit als optimal adaptiert betrachtet. Auch die Uniklinik Balgrist hat eine sitzende Tätigkeit empfohlen. Der Beruf der Hotelfachfrau beinhaltet zu einem erheblichen Teil gehende und stehende Tätigkeiten. Es leuchtet ein, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Knie- und Sprunggelenksbeschwerden zumindest zeitweise sitzende Tätigkeiten verrichten können. Zudem muss eine



Hotelfachfrau nach der allgemeinen Lebenserfahrung in der Lage sein, regelmässig Treppen hinauf- und hinabzusteigen. Bei der angestammten Tätigkeit als Hotelfachfrau handelt es sich somit nicht um eine adaptierte Tätigkeit.

2.3 Als Nächstes ist zu prüfen, ob die Kniegelenksbeschwerden und die OSG-Beschwerden links auch die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich adaptierten Tätigkeit beeinträchtigen. Dr. B. \_\_\_ hat lediglich zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Wirtin und als kaufmännische Angestellte Stellung genommen. Diejenige als Wirtin hat er auf 50-75 %, diejenige als kaufmännische Angestellte auf ca. 80 % geschätzt. Dr. E. \_\_\_ vom AEH (Gutachten vom Juli 2008) hat die Arbeitsfähigkeit in einer optimal adaptierten Tätigkeit (z.B. Sekretärin) auf 75 % geschätzt. Dr. I. \_\_\_ vom ABI ist von einer 80 %igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen (Gutachten vom Februar 2010). Die Reitunfälle vom Juni 2012 haben gemäss dem Gutachten vom Januar 2014 aus orthopädischer Sicht keine längerdauernde höhere Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt. In orthopädischer Hinsicht sind die Gutachter also weitgehend übereinstimmend von einer Arbeitsfähigkeit zwischen 75 und 80 % ausgegangen. Der orthopädische ABI-Gutachter Dr. I. \_\_\_ hat dabei die ausführlichste Begründung geliefert: Die Beschwerdeführerin müsse während etwa 10 Minuten stündlich die Möglichkeit dazu haben, ein Lockerungs- und Entspannungsprogramm für die Muskulatur von Stamm und Extremitäten durchzuführen. Diese Einschätzung überzeugt aufgrund der nachgewiesenen Beschwerden im Bereich des linken und rechten Kniegelenks. Die Einschätzung der Uniklinik Balgrist und des Orthopäden Dr. M. \_\_\_, wonach die Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht lediglich zu 50 % arbeitsfähig sei, leuchtet demgegenüber nicht ein. Zum einen fehlt es an einer ausreichenden Begründung der Arbeitsfähigkeitsschätzung. Zum anderen ist gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Namentlich in umstrittenen Fällen kann nicht ohne weiteres auf die Angaben eines behandelnden Haus- oder Spezialarztes abgestellt werden (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03 E. 2.4.2). Hinzu kommt, dass Gutachter in der Regel über mehr Erfahrung hinsichtlich der versicherungsmedizinisch relevanten Arbeitsfähigkeit verfügen als Haus- und Spezialärzte. Und schliesslich verfügen in der Regel nur die Gutachter über die umfassenden Vorakten, weshalb ihre



Beurteilungen des Gesundheitszustandes umfassender ausfallen als jene der Haus- und Spezialärzte. Die Hauptbeschwerden im linken Knie sind durch einen Unfall im Jahr 2001 ausgelöst worden. Dr. I. \_\_\_ hat erklärt, dass aus gutachterlicher Sicht retrospektiv eine lang andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit als 20 % nicht nachvollzogen werden könne. Die Beschwerdeführerin ist somit aus orthopädischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit dem Jahr 2001 in einer körperlich adaptierten Tätigkeit zu ca. 80 % arbeitsfähig.

### 2.4

2.4.1 Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat in der Beschwerdeschrift geltend gemacht, es bestehe der Verdacht, dass die Beschwerdeführerin an Multipler Sklerose leide. Eine Magnetresonanztomographie des Schädels vom 26. März 2014 hat analog zur Voruntersuchung im Jahr 2012 multiple unspezifische Marklagerläsionen zum Teil mit Balkenbezug gezeigt. Der untersuchende Neuroradiologe Dr. X. \_\_\_ hat erklärt, dass aufgrund der klinischen Symptomatik, der Verlaufsuntersuchung (ohne Hinweis auf Befundprogredienz) und des Patientenalters eher von chronischen mikroangiopathischen Veränderungen ausgegangen werden müsse. Die Neurologin Dr. V. \_\_\_ hat am 30. September 2014 berichtet, dass aus ihrer Sicht differenzialdiagnostisch doch ein vaskuläres Geschehen im Vordergrund stehe. Eine demyelisierende Erkrankung könne jedoch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Weitere Abklärungen wie neuropsychologische Untersuchungen, VEP, eventuell Lumbalpunktion und eventuell muskuläre Abklärungen seien sicher sinnvoll. Da erstens der MRI-Befund multiple unspezifische Marklagerläsionen gezeigt hat, da zweitens gemäss Dr. V. \_\_\_ weitere Untersuchungen indiziert sind und da drittens die Beschwerdeführerin neurologische Symptome geltend macht, kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Diesbezüglich erweist sich die Sachverhaltsabklärung der Beschwerdegegnerin als ungenügend. Deshalb sind weitere neurologische und radiologische Untersuchungen (resp. eine neurologische Begutachtung) notwendig.

2.4.2 Zu prüfen bleibt die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Einem forensisch-psychiatrischen Gutachten aus dem Jahr 2004 ist die Diagnose einer kombinierten



Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, narzisstischen und dissozialen Anteilen zu entnehmen. Der psychiatrische Gutachter Dr. F.\_\_\_\_ hat im Juni 2008 als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, narzisstischen, emotional instabilen und dissozialen Zügen angegeben. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und einen Verdacht auf eine rezidivierende, depressive Störung, gegenwärtig remittiert, genannt. Die Arbeitsfähigkeit hat er in einer dem Leiden optimal angepassten Tätigkeit auf mindestens 80 % geschätzt, wobei diese im Laufe von sechs Monaten voraussichtlich auf 100 % gesteigert werden könne. Der psychiatrische Gutachter des ABI hat im Gutachten vom Februar 2010 keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angegeben. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat er eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und emotional instabilen Zügen und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angegeben. Der Gutachter hat erklärt, dass die Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ streng genommen nicht bestätigt werden könne, da die Beschwerdeführerin trotz der Persönlichkeitsstörung früher arbeitsfähig gewesen sei. Der psychiatrische SMAB-Sachverständige hat im Gutachten vom Juni 2013 als Diagnosen Restsymptome einer abklingenden depressiven Anpassungsstörung (vormals wahrscheinlich mittelschwer) nach Reitunfall mit Schädelhirntrauma am 26. Juni 2012 und leichte authentische kognitive Funktionsstörungen in Aufmerksamkeit, Gedächtnis und exekutiven Funktionen bei vor allem subjektiv Erschöpfung und Beeinträchtigung in gewohnten Aktivitäten seit dem Unfall angegeben und die Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischen Gründen in der bisherigen Tätigkeit als Hotelfachangestellte und in einer Verweistätigkeit auf 80 % geschätzt, wobei die Arbeitsfähigkeit in spätestens zwei Monaten auf 100 % gesteigert werden könne. Verbunden mit den geklagten neuropsychologischen Einschränkungen (Konzentration, Gedächtnis, Vergesslichkeit etc.) betrage die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aktuell noch maximal 50 %. Letztere Einschätzung ist in der polydisziplinären Beurteilung nicht übernommen worden. Vielmehr ist polydisziplinär von einer 80 %igen Arbeitsfähigkeit mit Steigerungspotential auf 100 % bei entsprechenden therapeutischen Einsätzen ausgegangen worden. Das Gutachten des psychiatrischen SMAB-Sachverständigen überzeugt bereits hinsichtlich der gestellten Diagnosen nicht. Entgegen der fast einhelligen Meinung der vor- und nachbehandelnden Ärzte und Gutachter hat er erklärt,



dass die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung heute nicht mehr nachvollzogen werden könne. Im Gegenteil zeige sich eher eine recht starke, aufgestellte und willensstarke Persönlichkeit mit relativ guten Ressourcen trotz widrigen Entwicklungsbedingungen. Diese Einschätzung leuchtet insbesondere vor dem Hintergrund der familiären, beruflichen und sozialen Anamnese der Beschwerdeführerin nicht ein. So deuten die frühen lebensgeschichtlichen Belastungen (Missbrauch durch den Vater, Platzierung in Pflegefamilien), die gescheiterten Ehen mit abhängigen Beziehungen zu den gewalttätigen Ehemännern, die häufigen Arbeitsstellen- und Wohnortwechsel und die Probleme beim Aufbau längerfristiger und tragfähiger Beziehungen auf eine Persönlichkeitsstörung hin. Bei der Durchsicht des Gutachtens des psychiatrischen SMAB-Sachverständigen entsteht der Eindruck, dass seine Einschätzung hauptsächlich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin basiert hat. So hat er beispielsweise erklärt, dass das Ziel der Beschwerdeführerin keinesfalls eine Berentung sei, sondern dass sie ihre Arbeitsfähigkeit und finanzielle Unabhängigkeit weiterhin bewahren wolle. Tatsächlich ist die Beschwerdeführerin seit Jahren nicht mehr finanziell unabhängig und kämpft – gemäss eigenen Aussagen – seit dem Jahr 2005 um eine IV-Rente (IV-act. 247-1). Des Weiteren hat der psychiatrische SMAB-Sachverständige anlässlich der Untersuchung nur noch geringe depressive Restsymptome bei einer weitgehend normalen Stimmungslage und Schwingungsfähigkeit eruieren können. In der Hamilton-Depressionsskala hat die Beschwerdeführerin gerade noch 10 Punkte erreicht, was unter dem Cut-off für eine leichte Depression liegt (14 Punkte). Obwohl im Zeitpunkt der Begutachtung also nicht einmal mehr eine leichte depressive Symptomatik vorgelegen hat, hat der psychiatrische SMAB-Sachverständige der Beschwerdeführerin eine 20 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Auf das Gutachten von Dr. R.\_\_\_\_ kann somit nicht abgestellt werden.

2.4.3 In einem Bericht vom Februar 2014 hat der aktuelle psychiatrische Behandler Dr. U.\_\_\_\_ erstmals die Diagnose eines stark ausgeprägten adulten ADHS vom Mischtyp gestellt. Er hat der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit und in einer adaptierten Tätigkeit bei noch unsicherer Prognose auf längere Sicht eine 30-50 %ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt. In einem Bericht vom Oktober 2014 hat er zusätzlich eine bipolare Störung als Diagnose angegeben. An diesen Diagnosen hat er auch in seinem aktuellsten Bericht vom 16. November 2016



festgehalten. Somit stehen zwei neue psychiatrische Diagnosen im Raum. Zwar hat die RAD-Ärztin begründete Zweifel an der Diagnose einer ADHS geäussert: So fänden sich keine Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin in der Schule oder in der Ausbildung erhebliche Probleme gehabt hätte. Weiter könnten die den Affekt betreffenden Auffälligkeiten der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zugeordnet werden. Auch fehlten wesentliche, beim ADHS geforderte Symptome wie eine Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität. Ausserdem habe die Beschwerdeführerin erst nach dem Unfall vom 24. Juni 2012 über kognitive Einschränkungen grösseren Ausmasses geklagt. Und schliesslich entsteht beim Lesen der Berichte von Dr. U.\_\_\_\_ der Eindruck, dass er in erster Linie auf die anamnestischen und subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt hat. Auch Dr. Y.\_\_\_\_ hat in seinem Bericht vom 12. Januar 2015 gewisse Zweifel an der Diagnose einer ADHS gehegt. Mit Bezug auf die Diagnose einer bipolaren Störung ist zu erwähnen, dass Dr. F.\_\_\_\_ das Vorliegen einer solchen im Jahr 2008 noch eindeutig ausgeschlossen hat (IV-act. 64-10). Trotz allem kann nicht ausser Acht gelassen werden, dass zwei neue, von einer Fachperson gestellte psychiatrische Diagnosen im Raum stehen. Da aufgrund der Berichte von Dr. U.\_\_\_\_ gewisse Zweifel an der Einschätzung der Vorgutachter bestehen, steht die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest. Die Sache ist somit zu weiteren neurologischen und radiologischen Untersuchungen (bzw. einer neurologischen Begutachtung) mit eventuell auch neuropsychologischer Untersuchung und im Anschluss zur psychiatrischen Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

2.5 In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung infolge Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes nach Art. 43 Abs. 1 ATSG aufzuheben und die Sache ist zur weiteren medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.

3.1 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. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint



in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Praxisgemäss ist die Rückweisung der Sache zur ergänzenden Abklärung und neuen Beurteilung an die Verwaltung als volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei zu werten (BGE 132 V 215 E. 6.2). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens erübrigt sich die Festsetzung einer Entschädigung aus der gewährten unentgeltlichen Rechtsverteiständung.

3.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Die Rechtsvertreterin hat eine Kostennote im Betrag von Fr. 5'165.64 (act. G 18.2) resp. Fr. 5'157.65 (act. G 23.1) eingereicht. Sie hat einen Aufwand von 23.50 Stunden geltend gemacht. Im von der Rechtsvertreterin verrechneten Stundenansatz von Fr. 200.-- ist die von Gesetzes wegen bei unentgeltlicher Rechtsverteiständung vorgesehene Kürzung des Honorars um einen Fünftel bereits berücksichtigt (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Da die Beschwerdeführerin im vorliegenden Fall obsiegt hat, hat sie jedoch Anspruch auf ein ungekürztes Honorar. Das verlangte Honorar beläuft sich bei einem mittleren Stundenansatz von Fr. 250.-- (Art. 24 Abs. 1 HonO) auf Fr. 5'875.--. Zuzüglich Auslagen/Spesen von Fr. 209.-- und 8 % Mehrwertsteuer (Fr. 486.70) beträgt das geltend gemachte Honorar somit Fr. 6'570.70. In einem durchschnittlich aufwändigen Rentenfall spricht das Versicherungsgericht praxisgemäss eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu. Der Aufwand der Rechtsvertreterin ist im vorliegenden Fall überdurchschnittlich gewesen. Das Aktendossier des Verwaltungsverfahrens hat 256 Aktenstücke umfasst und das Dossier der Unfallversicherungen ist beinahe ebenso umfangreich gewesen. Zwar haben sich keine schwierigen rechtlichen Fragen gestellt, aber in medizinischer Sicht hat es sich um einen komplexen Sachverhalt gehandelt. Ausserdem hat die Rechtsvertreterin im Beschwerdeverfahren weitere medizinische Berichte eingeholt, die nachträglich eingeholten RAD-Stellungnahmen studieren müssen und neben der Beschwerde und der Replik auch noch eine Stellungnahme zur Duplik verfasst. Eine



Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- wäre im vorliegenden Fall daher zu tief, eine fast doppelt so hohe Parteientschädigung, wie sie die Rechtsvertreterin gefordert hat, allerdings zu hoch. Unter Würdigung aller Umstände erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'500.-- als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin für das Beschwerdeverfahren somit eine Parteientschädigung von Fr. 4'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

### Entscheid

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 28. Januar 2014 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden Neuverfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'500.-- zu bezahlen.