



**Fall-Nr.:** IV 2016/29  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 20.09.2019  
**Entscheiddatum:** 11.06.2018

### **Entscheid Versicherungsgericht, 11.06.2018**

**Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG. Verwertbarkeit von ohne ausreichende gesetzliche Grundlage durchgeführten Observationen. Diese ist gegeben, wenn die Observation auf einem genügenden Anfangsverdacht beruht, von öffentlichem Grund einsehbare, nicht zur Privatsphäre gehörende Verrichtungen betrifft und auch sonst verhältnismässig ist. Vorliegend sind die Überwachungsergebnisse verwertbar. In medizinischer Hinsicht kann auf das der Verfügung zugrundeliegende Gutachten samt Ergänzung in Kenntnis der Observationsergebnisse abgestellt werden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Juni 2018, IV 2015/258).**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie Löhner und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2015/258

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Fürsprecher Marco Büchel, LL.M., K & B Rechtsanwälte,  
Freudenbergstrasse 24, Postfach 213, 9240 Uzwil,



## 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 am 20. Februar 2012 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an unter Hinweis auf Rückenschmerzen, Muskelschmerzen, Erbrechen, Schwindel und eine Zyste an der linken Brust (IV-act. 21). Ein erstes Leistungsgesuch vom 1. September 2010 (IV-act. 1) hatte die IV-Stelle gestützt auf einen Bericht von Dr.med. B.\_\_\_\_, Rheumatologie FMH, vom 29. September 2010 an den Hausarzt der Versicherten, Dr.med. C.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH, wonach spätestens nach Durchführung eines muskulären Aufbautrainings von höchstens drei Monaten aus rheumatologischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (als "Abwaschhilfe" in einem Gastronomiebetrieb; Angaben Arbeitgeberin vom 21. September 2010, IV-act. 11-1) auszugehen sei (Fremdakten, act. G 6.2), abgewiesen (Mitteilung vom 11. Februar 2011, IV-act. 20).

A.b Vom 19. bis 20. Februar und vom 28. Februar bis 6. März 2012 wurde die Versicherte stationär im Spital Z.\_\_\_\_, Departement Innere Medizin, behandelt, wo ihr aus somatischer Sicht aktuell eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (IV-act. 76-7 ff.). In einem Konsiliarbericht des Psychiatrischen Zentrums Z.\_\_\_\_ vom 1. März 2012 wurde festgehalten, es sei von einer somatoformen Schmerzstörung mit dissoziativen Anteilen auszugehen. Ursächliche Faktoren dürften im Zusammenhang mit der familiären Geschichte (früher Tod des Vaters, Tod des Bruders), aber auch mit einer grossen Erschöpfung bei der letzten Arbeitsstelle mit deren anschliessendem Verlust stehen. Im Weiteren dürften auch finanzielle Aspekte mitspielen, da die Versicherte



## St.Galler Gerichte

nicht mehr ihren Beitrag zum Lebensunterhalt leisten könne. Sie fühle sich als Versagerin in beruflicher wie auch familiärer Hinsicht (IV-act. 91-2 ff.).

A.c Die IV-Stelle konsultierte den RAD (Stellungnahme vom 18. April 2012, IV-act. 32) und erliess am 26. April 2012 einen Vorbescheid, auf die erneute Anmeldung nicht einzutreten (IV-act. 36). Hiergegen erhob die Versicherte am 23. Mai 2012 Einwand (IV-act. 40; Begründung durch Rechtsvertretung vom 31. Mai 2012, IV-act. 42) und verwies auf Abklärungen am Schmerzzentrum des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG; vgl. Bericht vom 3. Mai 2012, IV-act. 53), den dort erhobenen Verdacht auf eine Depression und bevorstehende Behandlungen an der Psychiatrischen Tagesklinik Z.\_\_\_\_. Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 6. Juni 2012 mit, sie kläre den Sachverhalt nach Eintritt in die Tagesklinik Z.\_\_\_\_ weiter ab (IV-act. 44).

A.d Die Versicherte trat am 5. Juni 2012 in die Tagesklinik Z.\_\_\_\_ ein und nach drei halben Behandlungstagen aufgrund von Schmerzen wieder aus (Aktennotizen vom 6. Juni 2012, IV-act. 43, und vom 4. Juli 2012, IV-act. 45). Med.pract. D.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt, hielt im Arztbericht vom 22. November 2012 fest, er behandle die Versicherte seit 7. Mai 2012 einmal monatlich (integriert-psychiatrische Therapie). Sie leide unter einer rezidivierenden, mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) mit schwerer Somatisierungs- und Schmerzverarbeitungsstörung, bestehend seit 2005 (IV-act. 49). Im Verlaufsbericht vom 20. November 2013 erklärte er, die depressive Symptomatik sei immer noch mittelschwer bis schwergradig. Eine Arbeit von wirtschaftlichem Wert sei kurz- bis mittelfristig nicht möglich (IV-act. 82).

A.e Im Bericht des Schmerzzentrums des KSSG vom 9. April 2014 über die Konsultation vom 26. März 2014 wurde ausgeführt, die letzte Konsultation sei im Mai 2012 erfolgt (vgl. Bericht vom 3. Mai 2012, IV-act. 53). Es liege ein langjähriges, hochchronifiziertes Schmerzsyndrom vor. Nach wie vor stehe die depressive Störung im Vordergrund. Die somatischen Abklärungen seien im Vorfeld bereits erschöpfend durchgeführt worden. Es zeige sich kein entsprechendes Korrelat für die Beschwerden (IV-act. 94-1 ff.; vgl. auch die Berichte der Klinik für Orthopädie bzw. für orthopädische Chirurgie des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 17. September 2013, IV-act. 81-7 f., und vom 4. November 2013, IV-act. 81-1 ff.).



## St.Galler Gerichte

A.f Im Auftrag der IV-Stelle begutachtete Dr.med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie/ Psychotherapie, die Versicherte (Gutachten vom 13. Juni 2014, IV-act. 97; Untersuchung am 7. Mai 2014, IV-act. 97-2). Der Gutachter diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), einen Benzodiazepin- und Opioid-Abusus (ICD-10: F11.14 und F13.24), eine rezidivierend depressive Störung (ED 2012), gegenwärtig mittelgradig (ICD-10: F33.1), sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0; histrionisch, ängstlich, unreif, passiv, depressiv; IV-act. 97-19 f.). Betreffend rezidivierend depressiver Störung könne von einer mittelgradigen Ausprägung ausgegangen werden. Zweifelsfrei (erwiesen) sei eine solche aber nicht, zumal Inkonsistenzen und eine Aggravationstendenz (Validierungstest) vorliegen würden. Eine klare Objektivierung könnte lediglich im Rahmen einer Observation gelingen (IV-act. 97-22). In angestammter Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 0%. In leidensadaptierter Tätigkeit (Tätigkeiten als Küchengehilfin oder Reinigungskraft ohne Zeitdruck bei gut strukturiertem Arbeitsablauf, fehlender Lärmbelastung und ohne schwere körperliche Arbeiten, leichte Produktionstätigkeiten wechselbelastend an Fließbändern) sei nach langfristigem stationärem Entzug hinsichtlich Benzodiazepinen und Opioiden unter adäquater und geprüfter Psychopharmakotherapie mit Antidepressiva eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit realistisch (IV-act. 97-25). Vom 11. bis 20. August 2014 unterzog sich die Versicherte einer ambulanten Rehabilitation in der Klinik Y.\_\_\_\_. Gemäss Bericht vom 1. September 2014 wurde die Behandlung nach anfänglich gutem Verlauf wegen akuter Schmerzzunahme vorzeitig abgebrochen (IV-act. 106-1 ff.).

A.g Die Versicherte wurde zwischen dem 3. Oktober und 7. November 2014, am 5. Dezember 2014 und am 23. Dezember 2014 observiert (IV-act. 114, 116, 121), wobei sich herausstellte, dass sie vom 30. September bis 11. Oktober 2014 landesabwesend war (IV-act. 128 f.). Dr.med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, Mitarbeiterin IV-Stelle, führte dazu im Wesentlichen aus, die Versicherte scheine in ihrem Alltag nicht durch invalidisierende ("andauernde, schwere und quälende") Schmerzen geplagt zu sein. Sie mache zu keinem Zeitpunkt einen niedergeschlagenen oder angespannten, sondern stets einen aufmerksamen und interessierten Eindruck. Im Verhalten wirke sie situationsadäquat und gegenüber ihrer Tochter kommunikativ, jedoch stets klar als elterliche Autorität. Mehrmals werde sie auch lächelnd gesehen. Eine psychomotorische Verlangsamung lasse sich nicht beobachten, und der Antrieb wirke



nicht relevant vermindert. Das videographisch dokumentierte Verhalten lasse - aus nicht fachpsychiatrischer Sicht - keine höhergradige Depression vermuten (Stellungnahmen vom 25. November 2014, IV-act. 115, und vom 9. Januar 2015, IV-act. 125). Die Versicherte imponiere auch in Stresssituationen durch eine sehr geübte Fahrweise. Die überhöhte Geschwindigkeit und das teilweise Missachten von Verkehrsregeln sei aus der Perspektive der Pünktlichkeit durchaus situationsadäquat und als bewusste Entscheidung zu interpretieren. Die dafür notwendige intakte Aufmerksamkeit und Konzentration wie auch andere dazu erforderliche kognitive Funktionen (z.B. Auffassung, Exekutivfunktionen) seien offensichtlich vorhanden. Solche Handlungen seien kaum mit deutlich vermindertem Antrieb und psychosomatischer Verlangsamung zu vereinbaren (Stellungnahme vom 17. Dezember 2014, IV-act. 119).

A.h Am 14. Januar 2015 wurde die Versicherte durch die IV-Stelle befragt (IV-act. 126). Die anwesende Dr. F. \_\_\_ hielt hierzu fest, im ersten Teil des Gesprächs beginne die Versicherte wiederholt zu weinen, meistens bei der extensiven Schilderung ihrer zahlreichen Beschwerden. Dies werde oft durch eine akute Hyperventilationssymptomatik und / oder Änderung der Körperposition mit Aufstehen und Hinkauern, teilweise mit schmerzverzerrter Mimik und Zukneifen der Augen, untermalt, wobei das Verhalten theatralisch anmute. Auffällig seien in diesem Zusammenhang allerdings die stets flüssigen und flinken Bewegungsabläufe. Die Beantwortung der gestellten Fragen sei nicht präzise, sondern ausschweifend. Bei "heiklen" Fragen werde dies noch deutlicher, diese würden teilweise nicht beantwortet. In diesen Situationen sei das Verhalten aber sehr aufmerksam, ruhig, und die theatralisch anmutenden Elemente fehlten. Das theatralische Verhalten zeige sich jedoch immer wieder bei der Schilderung der Beschwerden. Den klinischen Eindruck einer schweren Depression habe die Versicherte während des Gesprächs allerdings nicht vermittelt. Inwieweit die Diskrepanzen des äusseren Erscheinungsbildes und des Verhaltens der Versicherten durch eine psychiatrische Problematik bedingt, durch IV-fremde psychosoziale Faktoren erklärbar oder im Rahmen eines bewusstseinsnahen Geschehens zu interpretieren seien, sollte von einem psychiatrischen Gutachter, in diesem Fall von Dr. E. \_\_\_, beurteilt werden (Wahrnehmungsprotokoll vom 20. Januar 2015, IV-act. 131-3).



A.i Dieser führte am 23. Februar 2015 aus, das Funktions- und Leistungsniveau der Versicherten an den Observationstagen sei deutlich höher als in der Exploration im Rahmen des Gutachtens. Inwieweit die Leistungsfähigkeit derart grossen Schwankungen unterliege oder ob zweifelsfrei eine Aggravation/Simulation vorliege, könnte erst definitiv beurteilt werden, wenn die Versicherte kontinuierlich über mehrere Wochen hinweg lückenlos observiert würde (IV-act. 136-2). Gestützt auf die Observationsergebnisse könne die rezidivierend depressive Störung nur noch (als) leichtgradig bestätigt werden und an der Persönlichkeitsstörung könne nurmehr in Form akzentuierter Persönlichkeitszüge festgehalten werden (IV-act. 136-5). Innerhalb eines Jahres sei bei adäquater Behandlung aus psychiatrischer Sicht in adaptierter Tätigkeit eine 75%-ige Arbeitsfähigkeit realisierbar (IV-act. 136-5, 7, 8).

A.j Auf den Vorbescheid der IV-Stelle vom 1. Juni 2015, wonach die Versicherte keinen Anspruch auf eine Invalidenrente habe (IV-act. 139), nahm med.pract. D.\_\_\_\_ am 8. Juni 2015 Stellung, die Versicherte könne im Moment aufgrund einer schweren Depression keiner Erwerbstätigkeit von wirtschaftlichem Wert nachgehen. Er empfehle dringend eine Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 142-1). Dr.med. G.\_\_\_\_, Praktische Ärztin, hielt am 10. Juni 2015 fest, eine 75%-ige Arbeitsfähigkeit sei ihres Erachtens wegen des chronifizierten Schmerzsyndroms, der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der Depression nicht gegeben (IV-act. 142-2). Mit Einwand vom 1. Juli 2015 liess die Versicherte namentlich geltend machen, das Gutachten mache keine klare Aussage zur Frage, ob eine bewusstseinsnahe Aggravation bzw. Simulation vorliege. Die Begutachtung sei somit nur eingeschränkt bzw. nicht abschliessend erfolgt. Gemäss geänderter Rechtsprechung sei ein strukturiertes Abklärungsverfahren erforderlich (IV-act. 143).

A.k Mit Verfügung vom 28. Juli 2015 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren hinsichtlich Invalidenrente ab. Sie bezeichnete die Einschätzung des Gutachters Dr. E.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2015, wonach aus medizinischer Sicht eine höchstens 25%-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen sei, als überzeugend. In den Berichten von med.pract. D.\_\_\_\_ vom 8. Juni 2015 und von Dr. G.\_\_\_\_ vom 10. Juni 2015 würden keine Befunde, sondern lediglich subjektive Angaben beschrieben. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ beruhe nicht auf einer Vermutung (der Überwindbarkeit), sondern auf dem im Observationsmaterial dokumentierten guten



Funktionsniveau. Damit halte das Gutachten auch der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung stand (IV-act. 145).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 28. Juli 2015 lässt A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt M. Büchel, am 1. September 2015 Beschwerde erheben. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben. Es sei ihr eine mindestens 50%-ige IV-Rente zu entrichten. Eventualiter sei ein gerichtliches (psychiatrisches, neurologisches, internistisches) Gutachten einzuholen. Aus der Sicht von Dr. E.\_\_\_\_ sei erst nach einer Behandlungszeit von einem Jahr mit einer 75%-igen Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Demzufolge habe sie zumindest Anspruch auf eine befristete Rente. Die Neu Beurteilung des Gutachters aufgrund der Observationsberichte sei nicht nachvollziehbar. Es sei kein sozialer Kontakt zu Drittpersonen festgestellt oder beobachtet worden, dass sie etwa schwere Gegenstände trage, einer Arbeit nachgehe, an gesellschaftlichen Anlässen teilnehme oder sich sonst wie amüsiere. Der Observationsbericht unterliege der freien Beweiswürdigung. Dabei sei die Gefahr zu berücksichtigen, dass unter Erfolgsdruck einseitig vor allem jene Beobachtungen festgehalten würden, welche die Arbeitsunfähigkeit in Frage stellten. Eine Überwachung setze einen besonders begründeten Verdacht voraus, der auch nicht gegeben wäre, wenn von einer Verdeutlichungstendenz und Selbstlimitierung auszugehen wäre. Die Anordnung der Observation sei auch nicht erforderlich und geeignet gewesen für die Anspruchsabklärung. Der Observationsbericht sei beweismässig nicht verwertbar. Auf das ergänzende Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2015 könne nicht abgestellt werden. Folglich sei auf sein Gutachten vom 13. Juni 2014 abzustellen (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 27. November 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die Beschwerdeführerin deute den Observationsbericht anders als der Gutachter. Dabei vermöge sie aber nicht zu zeigen, dass er von falschen Annahmen ausgegangen oder zu offensichtlich falschen Schlüssen gekommen sei. Dr. E.\_\_\_\_ habe in seinem ersten Gutachten vom 13. Juni 2014 bei einer Aggravationstendenz der Beschwerdeführerin erhebliche Unsicherheiten bei der Beurteilung beschrieben und ausgeführt, für eine zuverlässige Beurteilung sei er



## St.Galler Gerichte

auf fremdanamnestische Erkenntnisse aus einer Observation angewiesen. Dies lasse eine Observation als objektiv geboten erscheinen. Es sei kein Gesundheitsschaden nachgewiesen, der zu einer rentenbegründenden Einkommenseinbusse führe (act. G 6).

B.c In ihrer Replik vom 11. Januar 2016 lässt die Beschwerdeführerin vorbringen, allein aufgrund des Observationsmaterials, welches lediglich einen kurzen Ausschnitt im Tagesablauf zeige, sei es nicht möglich, die Arbeitsfähigkeit festzulegen. Eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem Verhalten anlässlich der Exploration vom 7. Mai 2014 und dem an den wenigen Observationstagen beobachteten Verhalten sei keineswegs ausgewiesen. Die ergänzende Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2015 überzeuge nicht. Es könne nicht zugunsten der Versicherung von einer Einschränkung von lediglich 25% ausgegangen werden, wenn auch eine rentenwirksame Einschränkung von 50% möglich sei. Diese Diskrepanz müsse seitens der Beschwerdegegnerin zu weiteren medizinischen Abklärungen führen. Es sei deshalb ein gerichtliches Gutachten einzuholen (act. G 8).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 5. Februar 2016 auf eine Duplik (act. G 10).

B.e Mit Eingabe vom 14. Dezember 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf Entscheid 61838/10 des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte vom 18. Oktober 2016 i.S. Vukota-Bojic, es sei das vorliegende Verfahren zu sistieren bzw. mit einem Entscheid zuzuwarten, bis ein Grundsatzentscheid des Bundesgerichts zur genügenden gesetzlichen Grundlage für Observationen vorliege (act. G 12).

B.f Aufgrund der Falllast verzichtete die Verfahrensleitung auf eine förmliche Sistierung (act. G 13). Da das Bundesgericht in der Zwischenzeit mehrere Urteile zum Thema gefällt hat, steht einem Entscheid nichts entgegen.

## Erwägungen

1.

1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich



bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben Versicherte Anspruch auf Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

1.3 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 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten



Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

1.4 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). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). 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. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).



2.

Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung bilden das Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2014 sowie dessen Ergänzung vom 23. Februar 2015 in Kenntnis der anlässlich der Observation der Beschwerdeführerin zwischen dem 3. Oktober und 7. November 2014 (IV-act. 114), am 5. Dezember 2014 (IV-act. 116-1 ff.) und am 23. Dezember 2014 (IV-act. 121) ermittelten Daten. Zunächst ist über die Verwertbarkeit des Observationsmaterials zu befinden.

3.

3.1 Der EGMR entschied am 18. Oktober 2016 (Urteil 61838/10 i. S. Vukota-Bojic gegen Schweiz) betreffend einer Observation im Anwendungsbereich des UVG, auch wenn es sich um Observierungen auf öffentlichem Grund handelte, habe der Unfallversicherer in das Recht auf Achtung des Privatlebens eingegriffen, weil er Daten in systematischer Weise und für konkrete Zwecke erhoben habe. Es fehle eine hinsichtlich des Rechts- und Missbrauchsschutzes ausreichend bestimmte gesetzliche Grundlage, aus welcher hervorgehe, wann und für welche Dauer Observierungen vorgenommen oder wie die so erhobenen Daten aufbewahrt und verwendet werden dürften. Das Bundesgericht erkannte das Fehlen einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage auch im IVG. Mithin sei die Observation an und für sich rechtswidrig, das heisse in Verletzung von Art. 8 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK; SR 0.101) bzw. Art. 13 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) erfolgt (BGE 143 I 384, E. 4; vgl. auch Urteil vom 18. August 2017, 8C\_69/2017, E. 4.1). Es stelle sich daher die von der Rechtswidrigkeit zu unterscheidende und nach schweizerischem Recht zu beurteilende Frage nach deren beweismässiger Verwertbarkeit (vgl. BGE 143 I 384, E. 5). Dafür sei hauptsächlich die Interessenabwägung zwischen privaten und öffentlichen Interessen massgebend (BGE 143 I 385 f., E. 5.1.1). Das öffentliche Interesse an der Überwachung liege in der Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs (Urteil des Bundesgerichts vom 14. November 2017, 9C\_261/2017, E. 4.1 f. mit Verweisen) bzw. daran, dass keine nicht geschuldeten Leistungen erbracht werden, um die Gemeinschaft der Versicherten nicht zu schädigen (BGE 135 I 169, E. 5.5; BGE 137 I 327, E. 5.3). Die Verwertung der Observationsergebnisse sei - in Anbetracht auch der



bald zu schaffenden ausreichenden gesetzlichen Grundlage - grundsätzlich zulässig, es sei denn, die privaten Interessen würden überwiegen (Urteile vom 14. Mai 2018, 9C\_462/2017, E. 2.3, vom 9. Mai 2018, 8C\_605/2017, E. 6.3, vom 18. Februar 2018, 8C\_2/2018, E. 4.2, vom 25. April 2018, 9C\_347/2017, E. 4.3, vom 26. Juli 2017, 8C\_45/2017, E. 4.3.2 f.). Als auch aus dem Gebot der Verfahrensfairness abgeleitete Voraussetzungen der Verwertbarkeit ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu prüfen, ob die versicherte Person im öffentlichen Raum überwacht und nicht beeinflusst wurde, ein hinreichender Anfangsverdacht bestand und die versicherte Person nicht systematisch oder ständig überwacht wurde (BGE 143 I 385 E. 5.1.1). Einem absoluten Verwertungsverbot unterliegt Beweismaterial, das im nicht öffentlich frei einseharen Raum zusammengetragen wurde (BGE 143 I 386, E. 5.1.3; Urteile vom 14. Mai 2018, 9C\_462/2017, E. 2.3, vom 9. Mai 2018, 8C\_605/2017, E. 6.3, vom 18. Februar 2018, 8C\_2/2018, E. 4.2, vom 25. April 2018, 9C\_347/2017, E. 4.3, vom 26. Juli 2017, 8C\_45/2017, E. 4.3.2).

3.2 Zum ausreichenden Anfangsverdacht führte das Bundesgericht in BGE 137 I 327, E. 5.4.2.1 aus, die objektive Gebotenheit der Überwachung erfordere das Vorliegen konkreter Anhaltspunkte, die Zweifel an den geäusserten gesundheitlichen Beschwerden oder der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit aufkommen liessen. Solche Anhaltspunkte könnten beispielsweise gegeben sein bei widersprüchlichem Verhalten, bei Zweifel an der Redlichkeit (eventuell durch Angaben und Beobachtungen Dritter), bei Inkonsistenzen anlässlich der medizinischen Untersuchung, sowie bei Aggravation, Simulation und Selbstschädigung. Diese Elemente können einzeln oder in Kombination zureichende Hinweise liefern, die zur objektiven Gebotenheit der Observation führen.

3.3 Vorliegend legte Dr. E.\_\_\_\_ im Gutachten vom 13. Juni 2014 dar, bei fehlender Reflexions- und Introspektionsfähigkeit sowie eingeschränkter Gedächtnisleistung seien trotz der Untersuchungsdauer von 3 3/4 Stunden detailliertere Erhebungen zur Krankheitsentwicklung und zum schulischen Werdegang nicht möglich gewesen (IV-act. 97-11, 13, 19). Er schildert eine auffällige Verhaltensweise (häufiges Stehen, Umhergehen, neben dem Stuhl kauern, skurriles, verdrehtes Sitzen) während der Untersuchung. Die Beschwerdeführerin habe durchgängig angespannt, sehr klagsam, jammernd bis weinend gewirkt. Die Beschwerdeschilderungen beschreibt der Experte



als sehr wenig differenziert, pauschalisierend, den Kontakt sehr appellativ und wenig spürbar, die Klagen als kaum einfühlbar. Es bestehe eine schwer histrionische Ausformung im Verhalten, hysteriform bis theatralisch, daneben eine klagsam depressive Struktur (IV-act. 97-18). Die durchgeführte Testung habe eine äusserst schlechte Merkfähigkeit ergeben. Die Beschwerdeführerin habe möglicherweise versucht, ihre Testergebnisse willentlich schlecht darzustellen. Zu bedenken sei jedoch, dass sie über keine fliessenden Deutschkenntnisse verfüge. Es sei fraglich, ob sie wirklich so wenig erinnert habe oder ob sie willentlich das Testergebnis verfälscht habe (IV-act. 97-19). Im Rahmen der Exploration seien die depressive Auslenkung des Affektes und die Ausprägung der Antriebsstörung mehrheitlich unklar geblieben, zumal diese alleine auf den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin und ihres Ehemannes beruhe und die Beschwerdeführerin zudem bei entsprechender histrionischer Persönlichkeitsstörung naturgemäss ihre Beschwerden schwer überzeichne. Eine klare Objektivierung der depressiven Beschwerden wäre nur durch eine Observation möglich (IV-act. 97-22 f). Eine integrativ psychiatrische psychotherapeutische Behandlung bei med.pract. D.\_\_\_\_ verlaufe niederschwellig (IV-act. 97-20). Dieser hatte im Arztbericht vom 22. November 2012 angegeben, er behandle die Beschwerdeführerin seit 7. Mai 2012, zur Zeit einmal monatlich integriert-psychiatrisch (IV-act. 49); gemäss Verlaufsbericht vom 20. November 2013 fand diese Therapie dannzumal wöchentlich statt (IV-act. 82). Anlässlich der gutachterlichen Untersuchung nannte die Beschwerdeführerin ein 3-4 wöchentliches Behandlungsintervall (IV-act. 97-16). Somit erscheint plausibel, dass die geltend gemachten Beschwerden nicht mit der Behandlungsintensität korrelieren. Der Gutachter hielt weiter fest, nach dem Stellenverlust 2010 (vgl. IV-act. 11-1) seien ausser einem gescheiterten Einsatzprogramm keine weiteren beruflichen Integrationsanstrengungen erfolgt (IV-act. 97-21). Dr. E.\_\_\_\_ zeigte nachvollziehbar Inkonsistenzen und Diskrepanzen auf, die sich nicht darin erschöpften, dass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden und Einschränkungen nicht objektivierbar sind. Ein ausreichender Anfangsverdacht ist daher vorliegend zu bejahen. Nachdem Dr. E.\_\_\_\_ als fachärztlicher Experte zum Schluss kam, für eine Einschätzung namentlich der Auswirkung der geltend gemachten depressiven Störung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Überwachung erforderlich, ist auch deren Eignung und Erforderlichkeit plausibel dargetan.



3.4 Die Beschwerdeführerin wurde in einem Zeitraum von drei Monaten an 12 Tagen observiert, wovon sie (bei anfänglicher sechstägiger Landesabwesenheit und ausgenommen rauchend auf dem Balkon) lediglich an vier Tagen bei rückschlussfähigen Handlungen beobachtbar in Erscheinung trat (IV-act. 114-3 f., 8 f., 116-2, 121-2 f.). Damit bewegt sich die Observation im Rahmen eines nicht schweren Grundrechtseingriffs. Es wurden keine Beobachtungen in einem ausschliesslich privat zugänglichen Raum erhoben oder der Privatsphäre zugehörige Tätigkeiten observiert. Weder eine Beeinflussung noch eine systematische, ständige Beobachtung liegen vor. Die Observation bestätigte die von Dr. E.\_\_\_\_ im Gutachten vom 13. Juni 2014 aufgezeigten Inkonsistenzen und Diskrepanzen. So führte er am 23. Februar 2015 aus, Grob- und Feinmotorik sowie Psychomotorik hätten sich während der Exploration erheblich beeinträchtigt gezeigt als während der Observation. Während die Beschwerdeführerin in der Exploration betont habe, dass sie selten selbst Auto fahre und dann maximal einen Kilometer, sei sie während der Observation zweimal nachmittags jeweils wiederholt 20 km selbständig fahrend, in sehr geübtem Fahrstil mit sogar schnellem und riskantem Fahrmanöver und durchaus geschickten Ein- und Ausparkmanövern beobachtet worden. Das beobachtete Verhalten widerspreche deutlich der in der Exploration beklagten Tagesmüdigkeit, Schwäche- und Schwindelgefühl und ihrer Angabe, dass sie faktisch immer zu Hause sei. Die Anzeichen der angegebenen vegetativen Symptomatik mit Druckgefühl auf der Brust, Brennen am ganzen Körper und Schwitzen am Hals seien während der Observation nicht zu beobachten gewesen (IV-act. 136-2 f.). Die neu beobachteten Diskrepanzen und Widersprüche zeigten, dass die funktionale Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin trotz vorhandener Grunderkrankungen hinsichtlich Antrieb, Affektstörung, Interesselosigkeit, Motivationsschwäche und Überaffizierbarkeit deutlich besser seien als im Gutachten geschildert. Auch das theatralisch-histrionische Verhalten sei im Alltag weit weniger ausgeprägt respektive nur situativ zu erwarten (IV-act. 136-5). Auch in der Standortbestimmung vom 14. Januar 2015 - bevor sie mit den Überwachungsergebnissen konfrontiert wurde - weinte die Beschwerdeführerin, wechselte häufig ihre Position, beklagte einen ständigen Schmerz von 8 -9 auf der Skala bis 10 (IV-act. 126-3), gab an, dass sie die letzten drei oder vier Monate keine Tage hatte, an denen es ihr besser ergangen sei (IV-act. 126-5) und sagte aus, dass sie kaum autofahre (IV-act. 126-7), nirgendwo hin gehe und den ganzen Tag ihren



Schmerzen und den finanziellen Problemen nachstudieren müsse (IV-act. 126-8 f.). Nach der Eröffnung der Observation legte sie das theatrale Verhalten mindestens teilweise ab und reagierte auf die aufgezeigten Widersprüche mit Unverständnis oder vagen Aussagen und musste beispielsweise zugeben, betreffend Anzahl und Möglichkeiten der Autofahrten nicht die Wahrheit gesagt zu haben (IV-act. 126-17; vgl. auch Wahrnehmungsprotokoll Dr. F.\_\_\_\_ vom 21. Januar 2015, IV-act. 131-3). Dies spricht dafür, dass die mit der Observation gewonnenen Erkenntnisse über die funktionelle Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht auf andere Weise hätten erhoben werden können. Die Observation erweist sich damit als geeignet und erforderlich und die Verwertung von deren Ergebnissen trotz mangelhafter gesetzlicher Grundlage als insgesamt verhältnismässig.

4.

Zu befinden bleibt darüber, ob auf die Beurteilungen von Dr. E.\_\_\_\_ auch in medizinischer Hinsicht abgestellt werden kann, mithin ob diesen Beweiswert zuzumessen ist.

4.1 Das Bundesgericht hat mit BGE 141 V 281 seine Rechtsprechung zu syndromalen bzw. organisch nicht objektivierbaren Beschwerdebildern geändert und festgehalten, diese seien mittels eines strukturierten Beweisverfahrens anhand massgeblicher Indikatoren zu beurteilen (BGE 141 V 294, E. 3.5 f.; BGE 143 V 415 f, E. 4.5.1 und BGE 143 V 429 E. 7.2). Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren ihren Beweiswert nicht per se. Mit Blick auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen bei der Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens ist jedoch in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten, gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten, eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 309 E. 8; Urteil des Bundesgerichts vom 13. April 2016, 9C\_168/2015, E. 2.2.3).

4.2 Dr. E.\_\_\_\_ führte im Gutachten vom 13. Juni 2014 aus, eine generalisierte Schmerzerkrankung mit Betonung des Achsenskelettes inklusive Kopfschmerz, generalisiertem Brennen am Körper und Dysästhesien der unteren Extremitäten sei



entsprechend aktueller Exploration und Aktenlage med.pract. D.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ ausgewiesen. Entsprechend den Abklärungen, die von Dr. C.\_\_\_\_ in den letzten fünf Jahren veranlasst worden seien, sei weder aus orthopädischer noch aus internistischer Sicht eine ausreichende somatische Schmerzursache zu ermitteln gewesen. Dennoch seien die von der Versicherten geschilderten Schmerzen andauernd schwer quälend. Vorliegende emotionale Konflikte hinsichtlich Arbeitssituation, familiärer Situation und mangelnder Integration könnten bei sehr rudimentärer Introspektionsfähigkeit (versus vorliegender Dissimulation) bis dato nicht bearbeitet werden (IV-act. 97-21). Aufgrund dessen diagnostizierte Dr. E.\_\_\_\_ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Weiter hielt er fest, iatrogen ausgelöst bestehe entsprechend Aktenlage ein weit über die therapeutische lege artis Indikation hinaus reichender Benzodiazepin- und Tramadol-Abusus (IV-act. 97-21). Entsprechend aktueller klinischer Exploration und übereinstimmender Aktenlage von med.pract. D.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ bestehe zumindest seit dem Jahre 2012 zusätzlich zur somatoformen Schmerzstörung eine rezidivierend depressive Störung (ICD-10: F33.1). Diesbezüglich erhob der Gutachter testpsychologisch Hinweise auf eine ausgeprägte depressive Symptomatik (IV-act. 97-19). Als zusätzliche Diagnose hielt er eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (histrionisch, ängstlich, unreif, passiv, depressiv; ICD-10: F61.0) fest, wobei er namentlich den histrionischen Aspekt anlässlich seiner Untersuchung beschrieb (IV-act. 97-19). Er gelangte zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei in einer angepassten Tätigkeit nach langfristigem stationärem Entzug hinsichtlich Benzodiazepinen und Opioiden 50% arbeitsfähig (IV-act. 97-25 f.). Dabei berücksichtigte er auch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung, da mit der Persönlichkeitsstörung, der rezidivierend depressiven Störung und dem Benzodiazepin- und Opioid-Abusus eine ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung vorliege (IV-act. 97-24, 27). In Kenntnis der Observationsunterlagen kam Dr. E.\_\_\_\_ zum Schluss, hinsichtlich der Diagnosen anhaltend somatoforme Schmerzstörung (sowie) Benzodiazepin- und Opioid-Abusus ergebe sich keine Veränderung der Beurteilung. Entsprechend der Observation könne die depressive Störung nur noch leichtgradig bestätigt werden und an der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung nur mehr in Form akzentuierter Persönlichkeitszüge festgehalten werden (IV-act. 136-5). Als Komorbidität erheblicher Schwere verbleibe nunmehr der Benzodiazepin- und Tramadol-Abusus. Somit sei aus



psychiatrischer Sicht die Willensanstrengung zur Überwindung der somatoformen Schmerzstörung nach einjähriger Behandlungsdauer gegeben (IV-act. 136-7). Während Dr. E.\_\_\_\_ im Gutachten vom 13. Juni 2014 die Arbeitsfähigkeit nach sechsmonatiger adäquater Behandlung auf 50% schätzte (IV-act. 97-26), erachtete er aufgrund der Observationsergebnisse am 23. Februar 2015 eine solche von mindestens 75% innert eines Jahres realisierbar (IV-act. 136-5, 7). Aktuell und mittelfristig bestehe im Rahmen der vier Grunddiagnosen noch eine Einschränkung von mindestens 25% (IV-act. 136-8) bzw. aufgrund des Missbrauchs von Benzodiazepinen und Opioiden von 25% bis 50% (IV-act. 136-6).

4.3 Hinsichtlich des Schweregrades der funktionellen Beeinträchtigungen stellte Dr. E.\_\_\_\_ im Erstgutachten fest, eine generalisierte Schmerzstörung sei entsprechend aktueller Exploration und Aktenlage ausgewiesen. Die geschilderten Schmerzen seien andauernd schwer quälend (IV-act. 97-21). An der Diagnose einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), welcher der Schweregrad immanent ist (BGE 141 V 286, E. 2.1.1, BGE 143 V 423 f, E. 5.1), hielt er auch in Kenntnis der Observationsergebnisse fest. Neben der andauernden somatoformen Schmerzstörung bestehen akzentuierte Persönlichkeitszüge (IV-act. 136-5) sowie eine Beeinträchtigung der Ausdauerleistungen, der Kritik- und Überwindungsfähigkeit durch den Missbrauch von Benzodiazepinen und Opioiden (IV-act. 136-6). Weiter hält der Gutachter fest, histrionisches Verhalten und Auswirkungen akzentuierter Persönlichkeitszüge seien nur situativ und in wenigen Situationen unter Belastung zu erwarten. Die depressiven Symptome seien leichtgradiger Natur, die Schmerzen seien ohne gravierenden Auswirkungen im Tagesablauf, Antrieb- und Affektstörung seien moderat und mit Hilfe eines Entzugs potentiell besserbar (IV-act. 136-7). Im vor der Observation erstatteten Gutachten führte Dr. E.\_\_\_\_ aus, vollständige Beeinträchtigungen fänden sich in der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Durchhaltefähigkeit und in ausserberuflichen Aktivitäten. Schwer beeinträchtigt sei die Anpassung an Regeln und Routineabläufe (Einhaltung von Terminen), die Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen sowie die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit. Mittelgradige Beeinträchtigungen bestünden in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, in der Selbstbehauptungsfähigkeit im Kontakt zu Dritten (Lärmempfindlichkeit, Reduktion der Kontakte auf den Ehemann, die Kinder und nahe Verwandte), in der Gruppenfähigkeit, in der Pflege familiär intimer Beziehungen, in der Selbstpflege sowie der Verkehrs- und



Wegefähigkeit (IV-act. 97-22 f.). Nach Kenntnisnahme der Observation bezeichnete er die Einschränkungen in Planung und Strukturierung, Durchhaltefähigkeit, Anpassung an Regeln und Routineabläufe, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Flexibilität, Umstellungsfähigkeit, Selbstbehauptung und Kontakt zu Dritten, Lärmempfindlichkeit und Fahrtüchtigkeit als deutlich geringer als im Gutachten beschrieben (IV-act. 136-5), was nachvollziehbar erscheint. Als Ressourcen vermerkt Dr. E.\_\_\_\_ die intakte Ehe, die Beziehung zu den Kindern und die positiven Arbeitserfahrungen während ca. 10 Jahren in ungelerten Tätigkeiten (IV-act. 97-23). Als die Ressourcen einschränkend erwähnt er emotionale Konflikte hinsichtlich Arbeitssituation, familiärer Situation und mangelnder Integration, die bei sehr rudimentärer Introspektionsfähigkeit bis dato nicht hätten verarbeitet werden können. Im Rahmen von Konversion und Somatisierung sei die Schmerzerkrankung eingetreten und habe über fünf Jahre hinweg inklusive Benzodiazepin- und Tramadolabusus sowie zahlreicher Abklärungen zu erheblicher medizinischer, versicherungsrechtlicher und familiärer Zuwendung geführt (IV-act. 97-21). Zum inkonsistenten Verhalten der Beschwerdeführerin führte er aus, dass dieses teil-weise durch die histrionisch ängstliche Persönlichkeitsstörung, die anhaltend somatoformen Schmerzstörung, die rezidivierend depressiven Störung und den Benzodiazepin- und Opioid-Abusus bedingt sein könne und zumindest teilweise eine bewusste Simulation vorliege (IV-act. 136-4, 5). Ein bewusstseinsnahes Täuschungsverhalten könne weder ausgeschlossen noch bestätigt werden (IV-act. 136-5) bzw. wäre dessen Nachweis lediglich aufgrund einer kontinuierlichen Observation über mehrere Wochen möglich (IV-act. 136-2).

4.4 Dr. E.\_\_\_\_ begründet die Diagnosen und die durch sie verursachten funktionellen Einschränkungen plausibel. Dass der Beschwerdeführerin seit 2012 immer wieder Opiode (Zalidar bzw. Tramal) verordnet wurden, ist aktenkundig (Bericht Spital Z.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2012, IV-act. 29-2 [vgl. aber Bericht vom 6. März 2012, IV-act. 76-7; Bericht Schmerzzentrum KSSG vom 3. Mai 2012, IV-act. 53-2; Arztbericht med.pract. D.\_\_\_\_ vom 22. November 2012, IV-act. 49-2; Bericht Schmerzzentrum KSSG vom 9. April 2014, IV-act. 94-3; Bericht Dr. G.\_\_\_\_ vom 30. Mai 2014 (IV-act. 97-33), ebenso die Verschreibung von Benzodiazepinen (Lexotanil, Valium; Arztbericht Dr. C.\_\_\_\_ vom 21. September 2013, IV-act. 76-2; Bericht Schmerzzentrum KSSG vom 9. April 2014, IV-act. 94-3; tele-phonische Nachfrage des Gutachters bei med.pract. D.\_\_\_\_ vom 8. Mai 2015, wonach die Behandlung seit einem Jahr mit zweimal 10 mg Valium täglich



erfolge, IV-act. 97-16). Dr. E.\_\_\_\_ würdigte auch die entsprechenden Laborbefunde vom 20. Mai 2014 (IV-act. 97-31 f.; IV-act. 136-5 f.). Die Schätzung einer nunmehr noch 25%-igen und nicht mehr 50%-igen Arbeitsunfähigkeit erscheint aufgrund der Observationsergebnisse, die an mehreren Tagen über einen längeren Zeitraum erhoben wurden und aufgrund der Aussage der Beschwerdeführerin, nach denen nicht von einem besonders guten Befinden an den betreffenden Tagen auszugehen ist (IV-act. 126-4 f.), als nachvollziehbar. Insgesamt berücksichtigt die medizinische Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ die vorhandenen Akten, die geklagten Beschwerden sowie die massgeblichen Indikatoren und beruht auf einer umfassenden Untersuchung von 3,5 Stunden Dauer (IV-act. 97-2). Weitere medizinische Abklärungen erscheinen nicht notwendig, insbesondere wäre die von Dr. E.\_\_\_\_ erwähnte kontinuierliche und lückenlose Observation über mehrere Wochen (IV-act. 136-2) klar unverhältnismässig. In Anbetracht dessen, dass die Folgen der somatoformen Schmerzstörung nunmehr als (offenbar teilweise) überwindbar eingeschätzt werden, ist das Gutachten insoweit nachvollziehbar, als von einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 75% auszugehen ist, welche, wie im Folgenden aufzuzeigen ist, keinen Rentenanspruch begründet.

5.

5.1 Die bisherige Tätigkeit als Küchengehilfin, eine Arbeit als Reinigungskraft oder wechselbelastende leichte Produktionstätigkeiten an Fließbändern ohne Zeitdruck bei gut strukturiertem Arbeitsablauf und ohne Lärmbelastung sind gemäss Dr. E.\_\_\_\_ adaptiert (IV-act. 97-25; IV-act. 136-8). Wesentliche zusätzliche somatisch objektivierte Einschränkungen sind nicht ausgewiesen (vgl. Arztbericht Dr. C.\_\_\_\_ vom 21. September 2013, IV-act. 76-6; Arztbericht Dr.med. H.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie, Spital Z.\_\_\_\_ vom 4. November 2013, IV-act. 81-5 f.). Die Beschwerdeführerin war an ihrer letzten Stelle bei der I.\_\_\_\_ GmbH lediglich vom 27. Mai 2009 bis zum 31. Oktober 2010 angestellt, wobei bereits im September 2009 erste Arbeitsunfähigkeiten eintraten (Angaben Arbeitgeberin vom 8. November 2010, IV-act. 62, und vom 12. Juni 2013 IV-act. 64-1 ff.; Kündigung IV-act. 64-6). Das an dieser Stelle erzielte Jahreseinkommen kann daher nicht als Valideneinkommen herangezogen werden. Somit sind beide Vergleichseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen) aufgrund desselben statistischen Durchschnittslohns einer Mitarbeiterin in der Gastronomie oder einer ungelerneten Arbeitskraft (Kompetenzniveau 1 gemäss Lohnstrukturerhebung [LSE] des



Bundesamtes für Statistik [BFS]) zu erheben (vgl. Urteil vom 18. April 2017, 9C\_675/2016, E. 3.1 und 3.2.1). Gründe für einen Tabellenlohnabzug vom Invalideneinkommen sind nicht ersichtlich, zumal das eingangs erwähnte Adaptionprofil nicht übermässig einschränkend wirkt und die Beschwerdeführerin ein hierfür in Frage kommendes Alter noch nicht erreicht hat.

5.2 Der Gutachter attestiert aktuell eine Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 25% bis 50% (IV-act. 136-6). Massgebend ist der Durchschnittswert von 37,5% (Urteile des Bundesgerichts vom 4. Juni 2013, 9C\_730/2012, E. 4.2, vom 19. August 2009, 9C\_226/2009, E. 3.2 mit zahlreichen Hinweisen). Diese Schätzung ist ab dem Gutachten vom 13. Juni 2014 massgebend, zumal sie aufgrund der Überwachungsergebnisse neu beurteilt wurde. Bei einer Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten von 37,5% resultiert beim vorstehend erwähnten Prozentvergleich ohne Tabellenlohnabzug kein Renten begründender Invaliditätsgrad. Für die davor liegende Zeit ist auf die Berichte der behandelnden Ärzte abzustellen.

5.3 Med.pract. D.\_\_\_\_ hatte im Arztbericht vom 22. November 2012 festgehalten, eine (retrospektive) Aussage über die Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Restaurationsangestellte sei nicht möglich. Die Beschwerdeführerin fühle sich aufgrund ihrer Rückenschmerzen nicht mehr in der Lage, einer körperlichen Arbeit nachzugehen. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Eine Arbeitsunfähigkeit für behinderungsangepasste Tätigkeiten attestierte med.pract. D.\_\_\_\_ zu jenem Zeitpunkt nicht. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne gerechnet werden. Aussagen zum Zeitpunkt und Umfang seien aktuell noch nicht möglich (IV-act. 49-2 f.). Im Arztbericht vom 22. November 2013 bezeichnete er den Gesundheitszustand als stationär. Die depressive Symptomatik liege immer noch auf einem mittelschweren bis schwergradigem Niveau. Eine Arbeit von wirtschaftlichem Wert sei kurz- bis mittelfristig nicht möglich. Begründet sei dies durch im Moment ausgeprägte Stimmungsschwankungen, deutliche depressive Herabstimmung und ein ausgeprägtes Morgentief, das einen pünktlichen Arbeitsantritt verhindere. Die integrierte psychiatrische Therapie finde in einwöchentlichem Abstand statt (IV-act. 82-1, 4). Der Verweis auf den stationären Verlauf und somit auf den Arztbericht vom 22. November 2012 legt eine subjektive Beschwerdekomponekte nahe. Auch wurde die Verschlechterung als kurz- bis



mittelfristig beschrieben, womit übereinstimmt, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung rund ein halbes Jahr später angab, in den vorangegangenen vier Monaten sei die Therapie nur noch alle drei bis vier Wochen erfolgt (IV-act. 97-16). Dr. C.\_\_\_\_ attestierte aus körperlicher Sicht am 21. September 2013 eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Andere Tätigkeiten seien zumutbar (IV-act. 76-6). Dr. Ewers erklärte am 4. November 2013, die bisherige und andere nicht schwere Arbeiten seien der Beschwerdeführerin vollzeitlich zumutbar, gegebenenfalls mit verminderter Leistungsfähigkeit durch Schmerz (IV-act. 81-5 f.). Eine länger dauernde höhere als die vom Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit, welche einen befristeten Rentenanspruch begründen würde, ist somit nicht ausgewiesen.

6.

6.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

6.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen und durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

### Entscheid

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.