



**Fall-Nr.:** IV 2013/176  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 29.05.2020  
**Entscheiddatum:** 30.11.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 30.11.2015**

**Art. 43 Abs. 1 ATSG Da in psychiatrischer Hinsicht keine brauchbare Arbeitsfähigkeitsschätzung im Recht liegt, insbesondere das psychiatrische Teilgutachten der BEGAZ nicht überzeugt, ist die Sache zur erneuten psychiatrischen Begutachtung an die IV-Stelle zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin wird zudem prüfen müssen, ob der von der Haftpflichtversicherung in Auftrag gegebene Observationsbericht im IV-Verfahren verwertbar ist. Sollte dies der Fall sein, wird der neue psychiatrische Gutachter auch Stellung zu den Observationsergebnissen nehmen müssen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. November 2015, IV 2013/176).**

Entscheid Versicherungsgericht, 30.11.2015

#### **Entscheid vom 30. November 2015**

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Lea Locher

Geschäftsnr.

IV 2013/176

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roland Zahner, Studer Anwälte AG,  
Hauptstrasse 11a, Postfach 2125, 8280 Kreuzlingen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 16. Dezember 2010 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Sie gab an, an einem zervicozephalen bis zervicobrachialen Syndrom, einer Wirbelsäulenfehlhaltung, einer Haltungsinsuffizienz, einem lumbospondylogenen Syndrom, einem HWS-Distorsionstrauma sowie an einer schweren Anpassungsstörung (DD: mittelgradige depressive Episode) zu leiden. Seit dem 23. April 2010 sei sie zu 100 % arbeitsunfähig.

A.b Wegen der Folgen eines Auffahrunfalls am 23. April 2010 (Heckaufprall) war die Versicherte am 24. Juni 2010 in der Rehaklinik Bellikon untersucht worden (Bericht vom 23. Juli 2010, IV-act. 24). Als Diagnosen hatten die Klinikärzte ein panvertebrales Syndrom, einen Spannungskopfschmerz und eine psychosoziale Belastungssituation (vier Kinder, arbeitsloser Ehemann) angegeben. Die Versicherte habe über ständige Schmerzen im Bereich der HWS, des Nackens, der BWS, der LWS und des Sakrums geklagt. Weiter habe sie Schmerzen im Bereich beider Schultern mit Ausstrahlung in den „rechten“ Arm (gezeigt habe sie auf den linken) bis in den Daumen, ständige Schmerzen in beiden Handgelenken, ständige frontale Kopfschmerzen unterschiedlicher Intensität, einen Schwankschwindel (meist nach den Therapien), eine Störung von Konzentration und Gedächtnis, Alpträume und „Flashbacks“ (Wortwahl



## St.Galler Gerichte

der Versicherten) sowie Ein- und Durchschlafstörungen infolge Schmerzen und Alpträume angegeben. Die Ärzte hatten festgehalten, dass bei den physischen Leistungstests eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden sei. Die Versicherte habe ihre Schmerzen und Einschränkungen undifferenziert beschrieben, das Schmerzverhalten sei nicht adäquat und das Leistungsverhalten und die Konsistenz seien schlecht gewesen. Aus medizinisch-diagnostischer Sicht sei bei guter Kooperation und Leistungsbereitschaft mit einer optimalen Therapie eine erhebliche Verbesserung der Beschwerden und der arbeitsbezogenen Belastbarkeit zu erreichen. Vorbehalten bleibe der Einfluss der psychosozialen Belastungssituation.

A.c Am 31. August 2010 war die Versicherte von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, untersucht worden (Fremdakten). Er hatte angegeben, dass sich klinisch-neurologisch weder Hinweise auf fokal-neurologische Defizite noch für eine periphere Nervenschädigung gezeigt hätten. Auch bestünden keine Hinweise für eine radikuläre oder sonstige spinale Schädigung. Aufgrund der Intensität der Schmerzen und der Überreaktion auf nur leichten Druck in der Schulter- und Nackenregion sei von einer somatoformen Störung mit gestörter Schmerzverarbeitung auszugehen. Die psychosoziale Belastungssituation mit der Versorgung von vier Kindern und dem arbeitslosen Ehemann wirke sich sicherlich ungünstig auf den weiteren Heilungsverlauf aus.

A.d Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allg. Medizin, hatte am 1. Oktober 2010 berichtet (Fremdakten), dass die Versicherte einen am 27. September 2010 unternommenen Arbeitsversuch nach etwa 2.5 bis 3 Stunden wegen zunehmender Schulter- und Nackenschmerzen abgebrochen habe. Sie habe darüber geklagt, dass sie am Arbeitsplatz und zuhause gar nichts mehr machen könne und vollständig auf die Hilfe ihres Ehemannes angewiesen sei. Wegen Kooperationsmangel habe er die HWS-Untersuchung nicht richtig durchführen können. Er habe der Versicherten vorgeschlagen, am 4. Oktober 2010 erneut einen Arbeitsversuch in einem Pensum von 50 % zu unternehmen.

A.e Vom 9. November bis 15. Dezember 2010 hatte die Versicherte einen stationären Aufenthalt in der Klinik Valens absolviert (Austrittsbericht vom 31. Dezember 2010, IV-act. 22). Die Klinikärzte hatten als Diagnosen ein



## St.Galler Gerichte

Panvertebralsyndrom und eine schwere Anpassungsstörung (DD: Mindestens mittelgradige depressive Episode) angegeben. Die Versicherte habe über zervikothorakale Schmerzen nach zephal und in die oberen Extremitäten mit linksseitiger Betonung geklagt. Sie habe sich während der ganzen Rehabilitationszeit aufgrund der chronifizierten, schweren Schmerzsymptomatik äusserst beeinträchtigt präsentiert. Insgesamt sei der Rehabilitationsverlauf durch die instabile psychische Situation deutlich beeinträchtigt gewesen, so dass im Verlauf eine antidepressive Therapie begonnen worden sei. Bezüglich der Schmerzsymptomatik sei es insgesamt zu keiner wesentlichen Verbesserung gekommen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der ausgeprägten depressiven Affektlage auch nach dem Austritt eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit.

A.f Anlässlich eines telefonischen Gesprächs mit RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2010 erklärte Dr. E.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie (IV-act. 14), dass die Versicherte an einem Status nach Schädel-Hirn-Trauma, konsekutiv faktisch myalgischen Beschwerden der HWS bei Steilstellung der HWS, an einer mittelgradigen depressiven Episode mit Angst- und Panikstörung und aktuell an einem starken sinu-bronchialen Infekt leide. Es bestünden schmerzhafteste Bewegungseinschränkungen bei Anteflexion und Reklination und beim Drehen des Kopfes sowie bei Bewegungen im linken Schultergelenk und im linken Oberarm. Die F.\_\_\_\_ AG berichtete am 10. Januar 2011 (IV-act. 18), dass sie die Versicherte seit dem 2. August 2004 zu 100 % als Produktionsmitarbeiterin beschäftige. Seit dem 26. April 2010 sei sie krankgeschrieben (siehe IV-act. 18-11). Zwei Arbeitsversuche hätten stattgefunden. Dr. E.\_\_\_\_ berichtete am 19. März 2011 (Fremdakten), dass die Versicherte ihm gegenüber angegeben habe, dass ihr „jedes Telefonklingeln“ Angst mache. Auch beim Besuch der Psychotherapie verspüre sie starke Ängste, weil der Weg zur Praxis keine Fenster habe und sehr eng sei.

A.g Am 22. März 2011 wurde die Versicherte durch RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Herzchirurgie, untersucht (Bericht vom 22. März 2011, IV-act. 27). Als Diagnosen gab er einen Status nach HWS-Distorsionstrauma vom 22. April 2010 (richtig: 23. April 2010), ein konsekutiv cervicocephales bis cervicobrachiales Syndrom, ein leichtes lumbospondylogenes Syndrom, eine schwere posttraumatische Belastungsstörung mit schwerer depressiver Episode mit Angst und Panikstörungen



## St.Galler Gerichte

und ein chronisches Schmerzsyndrom an. Die Versicherte habe angegeben, ihre grösste Angst bestehe darin, erneut in einen Auffahrunfall verwickelt zu werden. Kürzere Fahrten absolviere sie – unter Schwierigkeiten – selbst. Dr. D. \_\_\_ erklärte, dass als radiologisch objektivierbares Korrelat eine Diskushernie in Höhe C6/7 mit leichter Einengung des Neuroforaminaeingangs der Wurzel C7 links vorgelegen habe. Die Versicherte sei körperlich und seelisch schwerst beeinträchtigt und in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. In der nächsten Zeit sei kein Eingliederungspotential gegeben. Am 28. März 2011 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 30), dass aufgrund ihres Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien.

A.h Dr. med. G. \_\_\_, Chefarzt Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), berichtete dem Suva-Kreisarzt am 26. Mai 2011 (Fremdakten), er könne bestätigen, dass bei der Versicherten eine Einengung des Neuroforamens auf dem Niveau HWK6/7 links bestehe. Aufgrund der Anamnese und des Bildbefundes habe er ihr zu einer operativen Behandlung geraten. Die Versicherte habe sich jedoch noch nicht zu diesem Eingriff entscheiden können. In der Folge überwies die Suva die Versicherte für eine Zweitmeinung an Dr. med. H. \_\_\_, Neurologie FMH, der die Versicherte am 18. Juli 2011 untersuchte (Bericht vom 19. Juli 2011, Fremdakten). Er erklärte, dass die Versicherte bei der Untersuchung die Tasche über die rechte Schulter getragen habe. Eine Schonhaltung sei nicht beobachtbar gewesen, ausser dass die Versicherte den linken Arm spontan praktisch nicht bewegt habe. Die Untersuchung sei wegen der ausgeprägten Schmerzerwartung resp. Schmerzreaktion stark erschwert resp. nicht in vollem Umfang durchführbar gewesen. Mit Sicherheit handle es sich jedoch nicht um neurogene, geschweige denn radikuläre Schmerzen. Vielmehr handle es sich um eine diffuse Schmerzsymptomatik im Nacken, der linken Schulter und dem linken Arm. Diese sei nicht nur myogen, denn selbst das Abheben einer Hautfalte habe zu einer Schmerzreaktion geführt. Hierbei handle es sich um einen Hinweis auf einen stark überlagerten Schmerz. Die MRI-Bilder vom 28. April 2010 hätten einen normalen Befund gezeigt. Wenn überhaupt bestünden höchstens Bandscheibenprotrusionen; in der Mittellinie auf Höhe der Bandscheibe verliefen jedoch auch Venenkonvolute, die eine Bandscheibenprotrusion vortäuschen könnten. Auf Höhe HWK6/7 links bestehe der Eindruck einer foraminären Bandscheibenvorwölbung; dies sei jedoch schnittbedingt.



A.i Dr. E.\_\_\_\_ hielt in einem undatierten Verlaufsbericht (Eingang IV-Stelle: 20. Oktober 2011, IV-act. 43) fest, dass die Versicherte wegen der starken Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich links, begleitet von psychovegetativen Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen bis hin zu kollaptischen Zuständen, in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Bisher sei jeder Versuch, wieder zu arbeiten, gescheitert. Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete der IV-Stelle am 25. November 2011 (IV-act. 48), dass die Versicherte seit April 2010 an einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 Ziff. F43.1) und einer schweren depressiven Episode (F32.2) leide. Die Versicherte habe berichtet, dass sie seit dem Auffahrunfall gar nichts mehr machen könne. Ihr Ehemann habe seine Arbeitsstelle aufgeben müssen, da sie ihre Kinder nicht mehr versorgen könne. Die Versicherte habe über eine depressive Symptomatik, Antriebsstörungen und einen sozialen Rückzug berichtet. Sie habe angegeben, dass sie die Zeit am liebsten alleine in ihrem Zimmer verbringen würde. In der Nacht träume sie oft vom Unfall und höre einschliessend die Unfallgeräusche. Dies löse Panik bei ihr aus und sie erwache dann schweissgebadet und kriege wenig Luft. Dr. I.\_\_\_\_ erklärte, dass die Versicherte wegen der ausgeprägten depressiven Symptomatik, der Angstsymptomatik sowie der schweren posttraumatischen Belastungsstörung in jeglichen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig sei.

A.j Am 5., 19. und 25. Juni 2012 sowie am 4. Juli 2012 wurde die Versicherte polydisziplinär (internistisch, neurologisch, rheumatologisch und psychiatrisch) im Begutachtungszentrum BL (BEGAZ) untersucht (Gutachten vom 24. August 2012, IV-act. 63). Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden angegeben:

1. Akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge (Z73.1);
2. Panikstörung (F41.01) ohne Agoraphobie;
3. mittelgradige depressive Episode (F32.1) mit Regressionstendenz, Selbstlimitierung und neurotischer Behindertenüberzeugung;
4. anhaltende somatoforme Schmerzstörung sehr wahrscheinlich (F45.4);



## St.Galler Gerichte

5. cervicogenes Schmerzsyndrom mit Generalisierungstendenz (cervicocephal, links cervicobrachial, panvertebral und lumboischialgiform):

- MRT HWS mit Discopathie C6/7 links, anamnestisch und klinisch ohne Nachweis eines radikulären Syndroms;
- Status nach Verkehrsunfall (PKW-Heckkollision) vom 23. April 2010 mit HWS-Distorsion;
- im Vordergrund stehende funktionelle Überlagerung bei somatoformer Störung.

Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten u.a. die folgenden Diagnosen:

6. Muskuläre Dysbalance am Schultergürtel bds.;
7. ansatztendinotische Beschwerden am medialen Beckenkamm bds.;
8. periarthropathische Schulterbeschwerden links mehr als rechts mit ausgeprägter Funktionseinbusse und Bewegungseinschränkung der linken Schulter und des linken Armes ohne Muskelatrophie bei atypischer Schmerzlokalisierung (am ehesten im Rahmen der Schmerzfehlerverarbeitung);
9. Chondrose BWK7 bis BWK9, Diskusprotrusion BWK6/7 und Chondrose BWK11/12 und diskrete Keilform der Wirbelkörper BWK7 und BWK8 (gemäss MRT der BWS vom 11. August 2010).

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt fest, die Versicherte habe geschildert, dass sie nach dem Unfall die ganze Zeit Ängste verspürt habe. Sie habe Angst vor allem, dass jemand da stehe, oder dass sie denke, jemand sei hinter ihr. Wenn sie an einer Kasse anstehe, müsse sie sich umdrehen können, da sie Angst habe, jemand könnte „zupacken“. Auch zuhause habe sie Ängste, z.B. Angst vor dem Einschlafen. Sie sei extrem schreckhaft, weswegen sie die Türen offen lassen müsse. Sie müsse die Türen der Kinder offen lassen, weil sie Angst habe, dass sie etwas nicht mitbekomme. Auch in der Nacht werde sie von Ängsten heimgesucht, beispielsweise dass sie in einem Zimmer sei und nicht mehr rauskomme. Nachts seien die Ängste



extrem. Sie habe Angst, die Kontrolle zu verlieren, sie müsse immer den Überblick behalten. Die Versicherte habe weiter berichtet, dass sie die Kinder, den Lärm und die Turbulenzen nicht mehr ertrage. Sie mache nichts mehr mit ihren Kindern. Mit der Familie habe sie keine Freude und Lust mehr. Alles habe an Wert verloren. Sie fahre noch Auto, aber nur im Dorf und wenn es ihr gut gehe, d.h. nur wenn sie keinen Schwindel und ein bisschen Antrieb habe. Sie habe keine Lust und keinen Antrieb mehr, alles mache sie müde. Die Schmerzen würden eher zunehmen als abnehmen, nichts helfe. Sie könne nicht mehr arbeiten. Es gelinge ihr nicht einmal mehr, sich fertig zu machen, zuhause alles bereitzustellen, das Mittagessen vorzubereiten und ins Auto zu steigen. Dr. J.\_\_\_\_ erklärte u.a., dass die Versicherte – obwohl sie über multiple Ängste berichtet habe – klinisch überhaupt nicht einen ängstlichen, sondern eher einen etwas fordernden Eindruck gemacht habe. Auch habe sie die nächtlichen Angstzustände ihm gegenüber völlig anders beschrieben als gegenüber Dr. I.\_\_\_\_. Die Versicherte habe eine leichte bis mittelgradige Depressivität gezeigt, wobei diese nicht schwerst ausgeprägt gewesen sei. Eine schwerwiegende Depressivität könne aufgrund ihres Antriebsverhaltens, ihrer Art und Weise der Kommunikation und ihrer Tendenz, Rückfragen zu stellen und etwas zu hinterfragen, nicht diagnostiziert werden. Die Versicherte sei durchwegs dysphorisch und ernst gewesen und habe keine wesentlichen Störungen der Vitalgefühle gezeigt. Ausserdem hätten Hinweise auf eine neurotische Persönlichkeitsakzentuierung mit Konflikten auf der Ebene Abhängigkeit und Autonomie bestanden. Die mnestischen Funktionen seien soweit intakt gewesen. Die Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeit seien, was die Kommunikationsfähigkeit anbelange, sehr gut gewesen. Die Depressivität stehe seines Erachtens eher im Hintergrund. Im Vordergrund stehe eine schwere unbewusste Angstentwicklung, deren Ursache und Hintergründe der Versicherten aktuell noch verborgen seien. Die Versicherte habe anlässlich des Gesprächs von einer Kindsrolle gesprochen, in die sie manchmal gerate. Diese habe sie in der Untersuchung jedoch nie gezeigt. Zeitweilig habe eine histrionische Inszenierung ihrer appellativen Hilflosigkeit ausgemacht werden können. Eine gewisse Diskrepanz sei dabei offensichtlich gewesen. Während die Versicherte hilflos und sich aufgebend imponiert habe, seien auf der Kommunikationsebene auch deutlich aufmüpfig-trotzige Äusserungen wie „lasst mich doch in Ruhe, ich will nicht mehr“, „was wollt ihr eigentlich?“ etc. gefallen. Allerdings würde er diese psychogene Reaktion in diesem Ausmass nicht nur einem



Rentenbegehren zuordnen; dies wäre zu einfach und dazu sei diese Reaktion viel zu regressiv, zu maligne und psychiatrisch auch etwas bizarr auffällig gewesen. Dr. J.\_\_\_\_ hielt sodann fest, dass der Auffahrunfall sicher kein Ereignis von aussergewöhnlicher Bedrohung und auch kein emotionales Ereignis von katastrophalem Ausmass gewesen sei. Eine posttraumatische Belastungsstörung könne deshalb nicht diagnostiziert werden. Dr. J.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass es der Versicherten aufgrund der Psychopathologie und der Klinik medizinisch-theoretisch zumutbar wäre, mehr Anstrengungen aufzubringen, um wieder ihre Sozialkompetenz anzugehen und wieder mehr Verantwortung für sich selbst und andere zu übernehmen. Vor diesem Hintergrund wäre der Versicherten auch eine berufliche Rehabilitation zumutbar. Allerdings sei das Ausmass der Angstreaktion und der depressiven Fehlentwicklung aktuell dermassen ausgeprägt, dass sie in ihrem Zustand nur erschwert einem Arbeitgeber zumutbar wäre, weil sie sich auch an einem Arbeitsplatz gehen lassen würde. Deshalb müsse eine Teilarbeitsunfähigkeit angenommen werden. Die Versicherte sei vermindert belastbar und wegen ihren Ängsten vermindert stressbelastungsfähig. Sie sei nicht in jedem Team und an jedem Arbeitsplatz einsetzbar. Am besten sollte sie im rückwärtigen Raum für sich selbst arbeiten können, ohne zu viele interpersonelle Kontakte. Sie sei auch deutlich verlangsamt und umständlich und kaum mehr genug flexibel, um auf die heutigen wechselhaften und stresshaften Arbeitsumstände adäquat reagieren zu können. Aus psychiatrischer Sicht könne medizinisch-theoretisch maximal eine Teilarbeitsunfähigkeit von 50 % angenommen und begründet werden. Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, hielt in seinem Teilgutachten fest, dass die Versicherte über Schmerzen im Nacken, in den Schultern, im Hinterkopf und in der Wirbelsäule geklagt habe. Die Schmerzen seien permanent vorhanden, die Intensität jedoch unterschiedlich. Auf der VAS habe die Versicherte eine durchschnittliche Schmerzintensität von 6 angegeben, ca. drei- bis viermal pro Woche komme es zu Schmerzspitzen bis 10 („und darüber hinaus“). Dr. K.\_\_\_\_ erklärte, dass sich klinisch-neurologisch kein radikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom habe feststellen lassen. Auch eine sonstige spezifische neurologische Funktionsstörung habe nicht objektiviert werden können. Die Untersuchung der Wirbelsäule, insbesondere der HWS, habe sich schwierig gestaltet. Ebenso habe sich bei der Kraftprüfung eine deutliche Wechselinnervation mit schmerzbedingtem Giving-Way gezeigt. Die Beschwerdeschilderung sei weitgehend unspezifisch und



undifferenziert gewesen. Abgesehen von einer generell belastungsabhängigen Schmerzakkzentuierung hätten sich keine schmerzmodifizierenden Faktoren eruieren lassen. Es sei davon auszugehen, dass der Auffahrunfall geeignet gewesen sei, ein craniocervicales Beschleunigungstrauma mit resultierendem cervicogenem Schmerzsyndrom auszulösen. Für die von Anfang an eingetretene Schmerzchronifizierung seien jedoch in erster Linie die negative Erwartungshaltung und die Schmerzfehlerverarbeitung verantwortlich. Aus neurologischer Sicht fänden sich keine Faktoren und Befunde, die den protrahierten Beschwerdeverlauf mit unvermindert anhaltendem und invalidisierendem Schmerzsyndrom auf einer somatischen Grundlage erklären liessen. In keinem aktenkundigen Bericht seien neurologische Ausfälle dokumentiert worden. Eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin in der F.\_\_\_\_ AG lasse sich daher nicht begründen. Da davon auszugehen sei, dass das auslösende Unfallereignis vom Mechanismus her durchaus geeignet gewesen sei, ein cervicogenes Schmerzsyndrom auszulösen, könne vom Unfallzeitpunkt, d.h. vom 23. April 2010, bis zum Zeitpunkt des Austritts aus der Rehaklinik Valens am 15. Dezember 2010 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden. Im Anschluss an den Klinikaustritt sei retrospektiv im Sinne einer arbiträren Einschätzung für ca. vier Wochen noch von einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Danach habe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden. Im Zweifelsfalle könne eine residuelle schmerzbedingte Leistungseinschränkung von maximal 20 % attestiert werden. Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, führte in seinem Teilgutachten aus, die Versicherte habe angegeben, dass ihre Schmerzintensität auf einer Skala von 0 bis 10 an beiden Armen oft über 10 betrage. Sport betreibe sie nicht. Sie liege viel herum, um ihre Schultern und die Wirbelsäule zu entlasten. Dr. L.\_\_\_\_ hielt weiter fest, dass bei der klinischen Untersuchung die Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung resp. einer Symptomausweitung deutlich im Vordergrund gestanden seien. Es habe sich eine nahezu ubiquitäre Druckdolenz gefunden, wobei speziell im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule sogar Berührungsschmerzen der Haut vorhanden gewesen seien. Die Versicherte habe auch über erhebliche funktionelle Einbussen bezüglich Beweglichkeit und Belastbarkeit geklagt, was sich auch in der klinischen Untersuchung mit der verminderten Beweglichkeit der Wirbelsäule gezeigt habe. Demgegenüber müsse aber auch festgehalten werden, dass die Versicherte ein gepflegtes Erscheinungsbild



aufgewiesen habe, dass insbesondere z.B. die Zehennägel geschnitten und auch die Haare an den Unterschenkeln entfernt gewesen seien. Auf Nachfrage habe sie angegeben, dass sie diese Arbeiten selber ausführen könne. Die eigentlichen, den rheumatologischen Fachbereich betreffenden objektiven Befunde seien klinisch nicht relevant ausgeprägt gewesen. Allerdings habe der Tonus der Muskulatur stellenweise gar nicht exakt beurteilt werden können, da bereits ein Berührungsschmerz der Haut im Sinne einer Schmerzfehlverarbeitung vorhanden gewesen sei. Zusammenfassend bestünden bei geringgradigen bildgebenden Veränderungen ohne entsprechende Klinik überwiegend klinische Befunde, die im Sinne einer Schmerzfehlverarbeitung resp. Symptomausweitung zu interpretieren seien. Diese Befunde entsprächen nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild und würden in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit entsprechend nicht berücksichtigt. Aufgrund der aus den Akten ersichtlichen klinischen Befunde müsse bereits zwei Monate nach dem Unfallgeschehen von einem überwiegend nicht-somatischen Schmerzerleben ausgegangen werden. Ab diesem Zeitpunkt seien der Versicherten aus rheumatologischer Sicht sämtliche Tätigkeiten wieder zumutbar gewesen. In polydisziplinärer Hinsicht schätzten die Gutachter die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten wie auch in einer adaptierten Tätigkeit ab dem Unfallzeitpunkt (23. April 2010) bis zum Zeitpunkt des Austritts aus der Rehaklinik Valens am 15. Dezember 2010 auf 100 %. Ab dem 16. Dezember müsse aus psychiatrischer Sicht eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden.

A.k Dr. med. M.\_\_\_\_, Leiterin der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums N.\_\_\_\_, gab im Austrittsbericht vom 30. Juli 2012 an (IV-act. 65), dass die Versicherte an einer schweren depressiven Episode (F32.2), einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) und einem Verdacht auf eine akzentuierte Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen leide. Die Versicherte sei vom 26. März bis 12. Juli 2012 an drei Tagen pro Woche in der Tagesklinik behandelt worden. Sie leide an einer komplexen, chronifizierten Symptomatik, bestehend hauptsächlich aus depressiven Symptomen sowie Angstsymptomen, vor allem im Rahmen bzw. als Folge der posttraumatischen Belastungsstörung, die die Versicherte im Rahmen des Unfalls erlitten habe. Es habe sich auch gezeigt, dass die Versicherte mit ihrer Lebenssituation unzufrieden sei und oft, v.a. in ihrer Mutterrolle, überfordert sei. Die Versicherte sei in einem stabilen Gesamtbild mit einer leicht verbesserten Selbstwahrnehmung entlassen worden. Der Austritt sei auf Wunsch der Versicherten erfolgt.



## St.Galler Gerichte

A.l RAD-Arzt Dr. med. O.\_\_\_\_ notierte am 20. November 2012 (IV-act. 74), dass das Gutachten umfassend und die Untersuchungsergebnisse und Schlussfolgerungen aus medizinischer Sicht grundsätzlich nachvollziehbar seien.

A.m Mit Vorbescheid vom 9. Januar 2013 (IV-act. 85) kündigte die IV-Stelle der Versicherten bei einem IV-Grad von 16 % die Abweisung des Rentengesuchs an. Zur Begründung führte sie an, bei der Versicherten liege eine Überforderungssituation vor (Doppelrolle Mutter/Hausfrau und Arbeitnehmerin). Durch diese Überforderung sei sie „ausgebrannt“. Hierbei handle es sich jedoch um psychosoziale Belastungsfaktoren, die für sich allein nicht invalidisierend seien. Es ergäben sich keine Hinweise, dass sich die diagnostizierten psychischen Leiden nicht im Wesentlichen aus der nicht objektivierbaren Schmerzproblematik und der belastenden psychosozialen Situation ableiteten. Daher sei aus psychiatrischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Dagegen liess die Versicherte am 13. Februar 2013 einwenden (IV-act. 88), dass der Auffahrunfall Auslöser der gesundheitlichen Probleme gewesen sei; die psychosozialen Belastungsfaktoren stünden im Hintergrund. Die depressive Störung sei als ein von der psychosomatischen Problematik getrenntes Geschehen zu betrachten. Insgesamt sei die Teilarbeitsunfähigkeit von 50 % nachvollziehbar begründet worden, weshalb auf sie abzustellen sei.

A.n Mit Verfügung vom 21. März 2013 (IV-act. 95) wies die IV-Stelle das Rentengesuch aus dem im Vorbescheid angegebenen Gründen ab. Zum Einwand hielt sie ergänzend fest, dass die mittelgradige Depression auch nicht invalidisierend wäre, wenn sie in keinem Zusammenhang mit einem syndromalen Leiden stünde. Aufgrund des relativ harmlosen psychiatrischen Befundes sei eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit nicht einleuchtend. Hinzu kämen die psychosozialen Belastungsfaktoren, die einen erheblichen Einfluss auf das präsentierte Beschwerdebild hätten. Da sich die psychischen Leiden im Wesentlichen aus der nicht objektivierbaren Schmerzproblematik und der belastenden psychosozialen Situation ableiteten, bestehe aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit.

B.



## St.Galler Gerichte

B.a Gegen diese Verfügung liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 19. April 2013 Beschwerde erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer halben Rente. Zur Begründung machte er zusammengefasst geltend, dass die Einschätzung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vor dem Hintergrund des BEGAZ-Gutachten schlicht unhaltbar und auf das Gutachten abzustellen sei.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 3. Juni 2013 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4).

B.c Die Beschwerdeführerin verzichtete auf eine Replik (act. G 6).

B.d Am 25. März 2015 reichte die Beschwerdegegnerin diverse Unterlagen der Generali Allgemeine Versicherungen AG ein (act. G 8). Es handelte sich dabei um eine medizinische Aktenbeurteilung vom 30. Dezember 2011 durch Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt Innere Medizin (act. G 8.1.3), um einen Observationsbericht (act. G 8.1.1) und um eine versicherungsmedizinische Stellungnahme zum Observationsbericht (act. g 8.1.2). Dr. P.\_\_\_\_ hatte in seiner Aktenbeurteilung (act. G 8.1.3) festgehalten, dass es infolge des Unfallereignisses nicht zu einer strukturell-organischen Läsion gekommen sei, die radiologisch hätte objektiviert werden können. Eine vorübergehende Verschlimmerung bei vorbestehender Degeneration der HWS sei hingegen überwiegend wahrscheinlich. Aus somatischer Sicht sei der Status quo sine bei der Untersuchung an der Rehaklinik Bellikon (24. Juni 2010) eingetreten gewesen. In psychiatrischer Hinsicht seien verschiedene Diagnosen gestellt worden, die eigentliche Diagnose sei letztlich unklar geblieben. Die Therapie-Compliance hinsichtlich der psychopharmakologischen Therapie sei überaus fraglich. Zu keinem Zeitpunkt seien unangekündigte Serumspiegelkontrollen durchgeführt worden. Bei der wie auch immer gearteten psychischen Störung handle es sich seines Erachtens um einen Auswuchs einer erheblichen psychosozialen Belastung. Die Beschwerdeführerin sei die Versorgerin ihrer sechsköpfigen Familie gewesen. Der arbeitslose Ehemann sei mit der Betreuung von vier Kindern überfordert. Die während einiger Wochen nach dem Unfallereignis glaubhaft bestehenden körperlichen Beschwerden hätten die Beschwerdeführerin augenscheinlich stark verunsichert und die ökonomische Situation und finanzielle Zukunft prekär erscheinen lassen. Eine Begehrenshaltung gegenüber den



Versicherungen sei sicher in diesem Zeitraum entstanden. Die wiederholt aktenkundig erwähnte unauflösbare Verknüpfung der psychischen Situation mit dieser prekären sozialen Situation weise auf eine andere Genese als eine allfällige psychische Fehlverarbeitung von Schmerzen infolge des Unfallgeschehens hin. Seines Erachtens hänge die psychische Störung nicht mit dem Unfallgeschehen zusammen, zumal auch das Beschwerdebild von der Beschwerdeführerin bereits relativ früh im Verlauf mehrfach in theatralischer Weise aggraviert und teilweise sogar unglaublich vorgetragen worden sei. Hier stünden also überwiegend wahrscheinlich andere Ursachen, namentlich eine schwere Überforderung durch eine unbefriedigende häusliche Situation, die mangelnde Anpassungsfähigkeit infolge fehlender sozialer Ressourcen und möglicherweise auch akzentuierte Persönlichkeitszüge, im Vordergrund. Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sei bis und mit Untersuchungstermin in Bellikon (24. Juni 2010) nachvollziehbar. Im Observationsbericht (act. G 8.1.1) wurde ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin im Zeitraum 29. April bis 15. Juni 2013 während insgesamt fünf Tagen überwacht worden sei. Bei der Beschwerdeführerin sei zu keiner Zeit eine körperliche Beeinträchtigung oder die Einnahme einer Schonhaltung beobachtet worden. Insbesondere im Bereich des Nackens, des Kopfes und der linken Schulter hätten keine Einschränkungen festgestellt werden können. Im Weiteren seien keine Anzeichen von Depressionen, Angst oder Panikstörungen zu beobachten gewesen. Die Beschwerdeführerin habe sich mit verschiedenen Personen unauffällig bzw. normal unterhalten und an den Unterhaltungen aktiv teilgenommen. Sie habe sich u.a. mit Eltern, die ihre Kinder ebenfalls zum Schulbus begleitet hätten, unterhalten. Die Beschwerdeführerin habe sich an vier Tagen am Vormittag und Nachmittag ausserhalb ihres Wohnortes aufgehalten. Dabei habe sie an drei Tagen ein Fitnessstudio aufgesucht. Dort habe sie verschiedene Geräte für Konditions- und Kraftübungen benutzt. Weiter habe sie, alleine und in Begleitung eines Kindes und zweier Frauen, Einkäufe getätigt. Die Beschwerdeführerin sei immer wieder dabei gesehen worden, wie sie ihre Tochter zu Fuss zum Sammelplatz des Schulbusses gebracht habe und sie dort teilweise wieder abgeholt habe. Die Beschwerdeführerin habe den Personenwagen sicher und ohne Auffälligkeiten gelenkt. Wende- und Parkmanöver habe sie präzise und zügig ausgeführt. Das Ein- und Aussteigen aus dem Fahrzeug sei fliessend und normal erfolgt. Drehbewegungen mit dem Kopf nach links und rechts habe die



Beschwerdeführerin, soweit sichtbar, ohne erkennbare Schwierigkeiten ausgeführt. Die Observationsergebnisse wurden Dr. med. Q.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, und Dr. med. R.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zur versicherungsmedizinischen Stellungnahme vorgelegt (act. g 8.1.2). Dr. Q.\_\_\_\_ hielt fest, dass im Rahmen der Videoüberwachung keinerlei Funktionseinschränkungen des Haltungs- und Bewegungsapparates, insbesondere auch der HWS und beider Schultergelenke, nachvollzogen werden könnten. Es bestehe somit eine eklatante Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Befunden und den von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden. Dr. R.\_\_\_\_ erklärte, dass sich die Beschwerdeführerin auf den Überwachungsvideos angemessen präsentiert und „unauffällig“ gewirkt habe. Konzentrationsstörungen seien wenig wahrscheinlich, zumal die Beschwerdeführerin mehrfach mit dem Auto gefahren sei, mit anderen Personen interagiert und eingekauft habe. Diese Aktivitäten setzten eine angemessene Konzentration voraus; insbesondere das Autofahren mit mehreren Fahrgästen weise darauf hin, dass die Beschwerdeführerin durchaus in der Lage sei, Verantwortung zu übernehmen. Zudem sei es ihr offenbar möglich, soziale Kontakte zu pflegen, sich um ihr Kind zu kümmern resp. dieses zu begleiten, in verschiedenen Märkten einzukaufen sowie Sport in einem Fitness-Zentrum zu treiben, in dem sich mehrere weitere Personen aufhielten. Eine erheblich ausgeprägte Depressivität oder eine Ängstlichkeit sei nicht sichtbar gewesen. Auch eine Antriebsstörung resp. Minderung der Aktivitäten sei nicht feststellbar gewesen. Die Überlegungen von Dr. P.\_\_\_\_ seien daher nachvollziehbar. Insbesondere sei das Vorliegen einer erheblichen psychosozialen Belastung, wie sie u.a. im BEGAZ-Gutachten geschildert worden sei, denkbar. Es sei daher von einer erheblichen psychopathologischen Stabilisierung auszugehen.

B.e Am 18. Mai 2015 nahm der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin Stellung zu den neu eingereichten Unterlagen (act. G 12). Er machte geltend, dass die Überwachung erst nach Verfügungserlass erfolgt sei und die Observationsergebnisse deshalb nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden könnten. Zudem sei nicht belegt, dass ein hinreichend begründeter Anfangsverdacht für die Observation bestanden habe und ob die Observation verhältnismässig gewesen sei. Weiter lasse sich anhand der Videoaufnahmen sicherlich nicht feststellen, dass die Beschwerdeführerin nicht an einer psychiatrischen Gesundheitsbeeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit leide. Die versicherungspsychiatrische Auswertung



von Dr. R.\_\_\_\_ sei unbrauchbar, da er die Beschwerdeführerin selber nicht klinisch untersucht habe. Auffallend sei im Übrigen der durchwegs verschlossene Gesichtsausdruck der Beschwerdeführerin auf den Videoaufnahmen. Des Weiteren führe Dr. Q.\_\_\_\_ weder in Basel noch in Zürich eine Praxis, weshalb ihre klinische Erfahrung auf dem von ihr beurteilten Fachgebiet unklar sei. Und schliesslich habe sich Dr. P.\_\_\_\_ auch zum psychischen Gesundheitszustand geäussert, obwohl es sich bei der Psychiatrie nicht um sein Fachgebiet handle. Einem beigelegten Bericht der Klinik S.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2014 (act. G 12.1) war zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin vom 21. April bis 17. Mai 2014 in stationärer Behandlung befunden hatte. Als Diagnosen waren eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) und eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) angegeben worden. Das Ziel des Klinikaufenthaltes sei eine medikamentöse Neueinstellung bei bekanntem Panvertebralsyndrom und Zunahme der depressiven Symptomatik gewesen. Die zuletzt eingenommene Medikation habe die Beschwerdeführerin wegen unangenehmer Nebenwirkungen im September vergangenen Jahres selbständig abgesetzt. Die Beschwerdeführerin sei bezüglich des stationären Aufenthaltes hochambivalent gewesen, da sie der Ansicht gewesen sei, dadurch ihre Pflichten als Mutter und Ehefrau zu vernachlässigen. Die jahrelang bestehende Einschränkung sowie die Arbeitslosigkeit des Ehemannes hätten zu Beziehungskonflikten und zu wenig Bereitschaft zu einer weiteren Behandlung geführt. Im Konflikt mit ihrer Mutterrolle habe sich die Beschwerdeführerin am 17. Mai 2014 für einen Klinikaustritt entschieden.

B.f Die Beschwerdegegnerin liess sich nicht mehr vernehmen (vgl. act. G 13)

B.g Am 21. Juli 2015 räumte das Gericht den Parteien die Gelegenheit ein, im Hinblick auf die Rechtsprechungsänderung des Bundesgerichts zu den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren Leiden Stellung zu nehmen (act. 14 f.).

B.h Die Beschwerdegegnerin erklärte am 24. Juli 2015 (act. G 16), dass die Praxisänderung keinen Anlass biete, die Beurteilung in der Beschwerdeantwort zu revidieren. Da die Beschwerdeführerin eine erhebliche Aggravation gezeigt habe, müsse von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Hinzu komme, dass die psychosozialen Belastungsfaktoren einen erheblichen Einfluss auf das präsentierte



Beschwerdebild hätten. Diese müssten auch nach der neuen Rechtsprechung bei der Bemessung der Invalidität ausgeklammert bleiben.

B.i Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin liess sich nicht vernehmen.

### Erwägungen

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung vom 21. März 2013 hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 16 % abgelehnt. Strittig ist demnach, 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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).

2.

2.1 Das ausschlaggebende Element des Einkommensvergleichs ist in aller Regel die Arbeitsfähigkeit bzw. die Arbeitsunfähigkeit einer versicherten Person. Deshalb ist als Erstes zu prüfen, ob die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht: In somatischer Hinsicht hat die Beschwerdeführerin insbesondere starke Schmerzen im Nacken, in den Schultern, in den Armen und in der Wirbelsäule sowie starke Kopfschmerzen geltend gemacht. Der neurologische Gutachter der BEGAZ hat anlässlich der Untersuchung am 19. Juni 2012 weder ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom noch eine sonstige spezifische neurologische Funktionsstörung feststellen können. Zum selben Ergebnis sind die Neurologen Dr. B.\_\_\_\_ (Untersuchung vom 31. August 2010) und Dr. H.\_\_\_\_ (Untersuchung 18. Juli 2011) gekommen. Der BEGAZ-Gutachter hat der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht deshalb ab Mitte Januar 2011 eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Darauf ist abzustellen. Der rheumatologische BEGAZ-Gutachter hat erklärt, dass die den rheumatologischen Fachbereich betreffenden objektiven Befunde klinisch nicht relevant und die bildgebenden Veränderungen geringgradig ausgeprägt gewesen seien. Aus rheumatologischer Sicht müsse daher bereits zwei Monate nach dem Unfallgeschehen von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Demgegenüber hat RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin am 22. März 2011 weiterhin eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestiert und erklärt, dass mit der Diskushernie in der Höhe C6/7 mit leichter Einengung des Neuroforaminaeingangs der Wurzel C7 links ein radiologisch objektivierbares Korrelat vorhanden sei. Der rheumatologische Gutachter hatte die Diskushernie C6/7 in seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt (siehe IV-act. 63-77). Somit handelt es sich bei der Einschätzung des rheumatologischen Gutachters einerseits und derjenigen von Dr. D.\_\_\_\_ andererseits um unterschiedliche Beurteilungen desselben medizinischen Sachverhalts. Dr. D.\_\_\_\_ ist kein Facharzt für Rheumatologie (oder Neurologie), sondern ein Herzchirurg. Da davon auszugehen ist, dass ein Rheumatologe die Auswirkungen einer Diskushernie auf die Arbeitsfähigkeit besser einschätzen kann als ein Herzchirurg, ist auf die



Arbeitsfähigkeitsschätzung des rheumatologischen BEGAZ-Gutachters abzustellen. Die Beschwerdeführerin ist somit aus somatischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab Mitte Januar 2011 wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen.

2.2 Der psychiatrische BEGAZ-Gutachter hat als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge, eine Panikstörung ohne Agoraphobie und eine mittelgradige depressive Episode mit Regressionstendenz, Selbstlimitierung und neurotischer Behindertenüberzeugung angegeben. Zudem leide die Beschwerdeführerin sehr wahrscheinlich an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Die schwere, unbewusste Angstentwicklung stehe dabei im Vordergrund. Die Arbeitsunfähigkeit hat er auf maximal 50 % festgelegt. Als Gründe hat er eine verminderte Belastbarkeit, eine verminderte Stressbelastungsfähigkeit wegen der Ängste, eine deutliche Verlangsamung und Umständlichkeit sowie eine ungenügende Flexibilität angegeben. Die Einschätzung des BEGAZ-Gutachters überzeugt aus den folgenden Gründen nicht:

2.2.1 Erstens hat BEGAZ-Gutachter Dr. J.\_\_\_\_ die Diagnose einer Panikstörung nicht schlüssig begründet. Die Beschwerdeführerin hatte ihm gegenüber sehr unspezifische Ängste geltend gemacht (Angst vor allem, Angst davor, dass jemand hinter ihr stehe und „zupacken“ könnte, Angst, dass sie nicht mehr aus dem Zimmer hinauskomme etc.). Zudem besteht eine Diskrepanz zwischen ihren Angaben gegenüber Dr. J.\_\_\_\_ und denjenigen gegenüber den anderen Ärzten. So hat Dr. J.\_\_\_\_ selbst festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ihm gegenüber die nächtlichen Angstzustände völlig anders beschrieben hatte als gegenüber Dr. I.\_\_\_\_. Gegenüber letzterer hatte die Beschwerdeführerin nämlich angegeben, vom Auffahrunfall zu träumen und dadurch in Panik zu geraten. Auch sog. Flashbacks, die sie gegenüber der Rehaklinik Bellikon angegeben hatte, hat sie bei der BEGAZ-Untersuchung nicht erwähnt. Ebenso hat sie gegenüber Dr. J.\_\_\_\_ nicht geäußert, Angst vor einem erneuten Auffahrunfall zu haben. Diese Angst hat sie gegenüber Dr. D.\_\_\_\_ noch als ihre grösste Angst bezeichnet. Gegenüber Dr. E.\_\_\_\_ hat die Beschwerdeführerin wiederum andere Ängste geltend gemacht. Sie verspüre jedes Mal, wenn sie zur Psychotherapie bei Dr. I.\_\_\_\_ gehe, starke Ängste, weil der Weg zur Praxis keine Fenster habe und sehr eng sei; zudem mache ihr jedes Klingeln des Telefons Angst. Weiter ist es für einen medizinischen Laien nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdeführerin durch den



Auffahrunfall diverse, unspezifische Ängste entwickelt haben soll, jedoch die eigentliche Verrichtung, die Auslöser dieser Ängste gewesen ist und die nach wie vor eine reale Gefahr darstellt, nämlich das Autofahren, bereits weniger als einen Monat nach dem Unfall wieder selbständig ausgeübt hat (siehe Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen vom 19. Mai 2010, Fremdakten). Die Angst, erneut in einen Unfall verwickelt zu werden, hat sie also offenbar überwinden können oder bestand damals (noch) nicht. Zwar ist es möglich, dass eine derartige Entwicklung medizinisch erklärbar ist, aber dieser Aspekt hätte im psychiatrischen Teil des Gutachtens diskutiert werden müssen. Die Beschwerdeführerin hat auf Dr. J.\_\_\_\_ klinisch überhaupt keinen ängstlichen, sondern einen eher etwas fordernden Eindruck gemacht. Seine Diagnose beruht somit einzig auf den unspezifischen und teilweise inkonsistenten Angaben der Beschwerdeführerin. Hinzu kommt, dass weder die behandelnde Psychiaterin Dr. I.\_\_\_\_ noch Dr. M.\_\_\_\_ vom Psychiatrischen Zentrum N.\_\_\_\_ eine Panikstörung diagnostiziert haben. Unter Berücksichtigung aller Aspekte ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin an einer Panikstörung leidet oder gelitten hat.

2.2.2 Zweitens hat BEGAZ-Gutachter Dr. J.\_\_\_\_ eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Hier fällt auf, dass er bei der klinischen Untersuchung eine leichte bis mittelgradige Depressivität festgestellt hat. Bei den Diagnosen hat er dann nur noch von einer mittelgradigen Depressivität gesprochen. Für einen medizinischen Laien macht es zudem den Anschein, als seien die depressionsspezifischen klinischen Befunde bei der Untersuchung nicht erheblich ausgeprägt gewesen (siehe IV-act. 63-31 f.; der Gutachter hat nämlich keine Antriebslosigkeit, keine wesentlichen Störungen der Vitalgefühle und intakte mnestiche Funktionen festgestellt). Dr. J.\_\_\_\_ hat denn auch erklärt, dass die depressive Symptomatik „im Hintergrund“ stehe. In den Akten wird immer wieder darauf hingewiesen, dass eine erhebliche psychosoziale Belastungssituation vorliege (siehe Berichte der Rehaklinik Bellikon, von Dr. B.\_\_\_\_, Dr. P.\_\_\_\_ und Dr. R.\_\_\_\_). Dr. J.\_\_\_\_ hat es jedoch unterlassen, sich in seiner Beurteilung mit diesen psychosozialen Belastungsfaktoren und ihrer Auswirkung auf die Schwere und den Fortbestand der Depression auseinanderzusetzen.



2.2.3 Drittens hat der BEGAZ-Gutachter Dr. J.\_\_\_\_ den Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angegeben. Er hat diese Diagnose unter den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet (IV-act. 63-94). Allerdings ist unklar, inwieweit er ihr einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen hat. Das Bundesgericht hat in BGE 141 V 281, mit welchem es seine Praxis zu den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden geändert hat, darauf hingewiesen, dass die schweizerische Versicherungspraxis die grundlegenden Merkmale nach ICD-10 Ziff. 45.40 über weite Strecken nicht beachte; die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung finde meistens ohne ausreichenden Bezug auf die funktionserhebliche Befundlage Eingang in ärztliche Berichte und Gutachten. Vermutlich werde deutlich zu häufig eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert (Erw. 2.1.1). Soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruhe, liege regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergäben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese bestehe, wenn intensive Schmerzen angegeben würden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibe, wenn keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen werde, wenn demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirkten und wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet würden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt sei (Erw. 2.2.1). Vor dem Hintergrund der von den behandelnden und untersuchenden Ärzten umschriebenen diffusen Schmerzangaben, dem nicht adäquaten Schmerzverhalten und dem inkonsistenten Leistungsverhalten erscheint fraglich, ob vorliegend tatsächlich eine somatoforme Schmerzstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert werden kann. Somit überzeugt das psychiatrische Gutachten auch bezüglich der Diagnose des Verdachts auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht.

2.2.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die psychiatrische Einschätzung von Dr. J.\_\_\_\_ aus verschiedenen Gründen nicht überzeugt. Aber auch die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin Dr. I.\_\_\_\_ leuchtet nicht ein. Sie hat eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert, obwohl diese ein Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass vorausgesetzt



hätte (siehe ICD-10 Ziff. F43.1). Um ein solches hat es sich beim Auffahrunfall vom 23. April 2010 ganz offensichtlich nicht gehandelt, was im Übrigen auch Dr. J.\_\_\_\_ und RAD-Arzt Dr. O.\_\_\_\_ (Stellungnahme vom 20. November 2012, IV-act. 74) bestätigt haben. Der Observationsbericht und die medizinischen Stellungnahmen zu den Observationsergebnissen vermögen für sich allein ebenfalls nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen, dass die Beschwerdeführerin nicht an einer psychiatrischen Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit leidet. So kann aufgrund von Videoaufnahmen beispielsweise nicht festgestellt werden, ob eine versicherte Person unter einer gedrückten Stimmung, an einer inneren Unruhe, an Schlafstörungen oder unter nächtlichen Panikattacken leidet oder nicht. Die Observationsergebnisse sind daher nicht geeignet, eine überzeugende Arbeitsfähigkeits- bzw. Arbeitsunfähigkeitsschätzung durch einen psychiatrischen Sachverständigen zu ersetzen. Hinzu kommt, dass die rechtliche Verwertbarkeit der Observationsergebnisse durch das Gericht nicht beurteilt werden kann. In den dem Gericht vorgelegten Beweismitteln fehlen nämlich insbesondere Unterlagen zum Umstand, der die Haftpflichtversicherung veranlasst hat, eine Observation in Auftrag zu geben. Grundsätzlich könnten die Observationsergebnisse allerdings – entgegen der Behauptung des Rechtsvertreters – trotz der Tatsache, dass die entsprechende Abklärung kurz nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vorgenommen worden ist, für das vorliegende Verfahren relevant sein: Die Beschwerdeführerin hat nämlich nicht geltend gemacht, dass sich ihr Gesundheitszustand zwischenzeitlich wesentlich verändert, insbesondere verbessert hätte. Da die Sache – wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird – ohnehin an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, wird diese die notwendigen Unterlagen von der Haftpflichtversicherung noch einfordern und gestützt auf diese entscheiden müssen, ob die Observationsergebnisse im IV-Verfahren verwertbar sind. Dabei wird sie sich mit den Einwänden des Rechtsvertreters (act. G 12) auseinandersetzen müssen. Kommt die Beschwerdegegnerin zum Schluss, dass die Observationsergebnisse im IV-Verfahren verwertbar sind, müssen diese dem neuen psychiatrischen Gutachter zur Stellungnahme vorgelegt werden. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, weil die objektiven Auswirkungen einer allfälligen Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit nicht ausreichend geklärt sind. Damit erweist sich eine erneute psychiatrische Begutachtung



als unumgänglich, bei der allenfalls auch die Observationsergebnisse in die Beurteilung und damit auch in die Arbeitsfähigkeitsschätzung einbezogen werden.

3.

Es bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin oder das Gericht die psychiatrische Neubegutachtung in Auftrag gegeben muss, d.h. ob die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder ein Gerichtsgutachten zu veranlassen ist. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung holt ein kantonales Versicherungsgericht in der Regel dann ein Gerichtsgutachten ein, wenn es im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss kommt, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse (insgesamt oder in wesentlichen Teilen) noch gutachtlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn es darum geht, zu einer bisher vollständig ungeklärten Frage ein Gutachten einzuholen. Ebenso steht es dem Versicherungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. Dezember 2014, 8C\_633/2014 E. 3.2; BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Im vorliegenden Fall liegt ein Administrativgutachten im Recht, wobei das psychiatrische Teilgutachten nicht überzeugt und somit nicht beweiskräftig ist. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung müsste in diesem Fall ein Gerichtsgutachten eingeholt werden. Die bundesgerichtliche Praxis leuchtet jedoch nicht ein: Die Beschwerdegegnerin ist gestützt auf Art. 43 Abs. 1 ATSG verpflichtet, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Die Beschwerdegegnerin hat somit u.a. den medizinischen Sachverhalt soweit abzuklären, dass die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht. Die Beschwerdegegnerin hat die Arbeitsunfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht nur ungenügend abgeklärt. Würde das Versicherungsgericht nun ein Gerichtsgutachten in Auftrag geben, würde es eine der Beschwerdegegnerin obliegende Aufgabe sozusagen „übernehmen“. Dies wäre jedoch rechtswidrig, da der Gesetzgeber diese Aufgabe, d.h. die rechtsgenügende Ermittlung des Sachverhalts, der Beschwerdegegnerin zugewiesen hat. Eine solche Rechtsverletzung kann durch die vom Bundesgericht angeführten Vorteile von Gerichtsgutachten, namentlich der Straffung des Gesamtverfahrens und der



beschleunigten Rechtsgewährung (siehe (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.2), nicht „geheilt“ werden. Zu beachten ist auch, dass einer versicherten Person durch die Einholung eines Gerichtsgutachtens die Möglichkeit genommen wird, den Rentenentscheid von zwei Instanzen überprüfen zu lassen. Dies ist insbesondere auch deshalb problematisch, weil das Bundesgericht nur über eine eingeschränkte Kognition verfügt, d.h. es kann den vom kantonalen Versicherungsgericht festgestellten Sachverhalt nur eingeschränkt überprüfen (siehe Art. 97 des Bundesgerichtsgesetzes, SR 173.110). Die Einholung eines Gerichtsgutachtens ist deshalb nur in jenen Fällen angezeigt, in denen die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt zwar rechtsgenügend abgeklärt hat, für die rechtliche Würdigung aber trotzdem die Einholung eines weiteren Gutachtens notwendig ist, namentlich weil zwei (oder mehr) überzeugende, sich jedoch widersprechende Arbeitsfähigkeitsschätzungen im Recht liegen. Demnach ist die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.

4.1 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. 1<sup>bis</sup> 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 Beschwerdeführerin zu werten (BGE 132 V 215 E. 6.2). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

4.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei zu betrachten ist. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. 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.--. Der Rechtsvertreter hat keine Honorarnote eingereicht. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 21. März 2013 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; der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.