



Fall-Nr.: IV 2016/6
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 25.09.2019
Entscheiddatum: 31.07.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 31.07.2018

Art. 28 IVG. Verwertbarkeit von Observationsergebnissen. Vorliegend sind die Überwachungsergebnisse verwertbar. Zudem kann in medizinischer Hinsicht auf das beweiskräftige Gutachten, welches noch unter der alten Rechtsprechung erfolgte, abgestellt werden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 31. Juli 2018, IV 2016/6). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_689/2018.

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz),

Christiane Gallati Schneider und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Geschäftsnr.

IV 2016/6

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Florian Németh, bürki bolt németh rechtsanwälte,
Auerstrasse 2, Postfach 91, 9435 Heerbrugg,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 1. Mai 2012 bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Sie war am 20. Januar 2011 als Beifahrerin im Auto ihres Ehemanns unterwegs gewesen, als das Auto mit einem anderen Personenwagen kollidiert war (IV-act. 111-628, 111-607). Die die Versicherte untersuchende Ärztin Dr. med. B.____, Landeskrankenhaus C.____, hatte im Ambulanzprotokoll vom 20. Januar 2011 festgehalten, sowohl die klinische Untersuchung als auch der Röntgenbefund habe keine Auffälligkeiten gezeigt. Einzig rechts und links prox. der Trapeziusmuskulatur sei eine Verspannung feststellbar gewesen (IV-act. 111-607). Im ärztlichen Zwischenbericht vom 25. Februar 2011 hatte die Hausärztin der Versicherten, Dr. med. D.____, eine HWS-Distorsion diagnostiziert und festgehalten, dass der Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Arbeit ungewiss sei (IV-act. 111-593).

A.b Am 10. August 2011 fand in der Rehaklinik Bellikon ein ambulantes Assessment statt. Im Bericht vom 18. August 2011 hielten die untersuchenden Ärzte eine insgesamt erhebliche Symptomausweitung fest und empfahlen die Wiederaufnahme der ambulanten Physiotherapie sowie eine psychosomatisch orientierte Behandlung (IV-act. 2-3).

A.c Infolge Auftragsrückgangs kündigte die Arbeitgeberin der Versicherten ihre Anstellung als Reinigungsfrau für Spezialreinigungen/Unterhaltsreinigung per 31. Oktober 2011 (IV-act. 25-10, vgl. auch IV-act. 25-2).

A.d Im Bericht vom 25. Oktober 2011 diagnostizierte Dr. med. E.____, Neurologie FMH, ein leichtgradiges posttraumatisches, rein sensibles Karpaltunnelsyndrom rechts sowie einen Status nach Autounfall mit HWS-Distorsion (IV-act. 13-17). Ab 22. November



St.Galler Gerichte

2011 unterzog sich die Versicherte einer Schmerztherapie im Spital F.___. Diese habe jedoch nur zu kurzfristiger Beschwerdefreiheit geführt. Dr. med. G.___, Leitender Arzt Anästhesie / Facharzt Interventionelle Schmerztherapie, Spital F.___, äusserte den Eindruck einer gewissen Aggravation, weshalb er bezüglich weiterer minimal-invasiver Behandlungsmassnahmen grosse Zurückhaltung zeigte (IV-act. 13-29). Am 6. Januar 2012 berichtete Dr. med. H.___, Fachärztin für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten, die Versicherte leide unter chronischem Tinnitus links, Hyperakusis und Schwindel bei Status nach HWS-Distorsion vom 20.01.2011 im Rahmen eines chronischen Schmerzsyndroms mit reaktiver Depression (IV-act. 13-21f.).

A.e Mit Verfügung vom 10. Februar 2012 stellte die Suva, welche der Versicherten infolge des Autounfalls Taggelder und Heilbehandlung geleistet hatte, die Versicherungsleistungen infolge fehlender Adäquanz der noch geklagten Beschwerden mit dem Unfall per 17. Februar 2012 ein (IV-act. 13-4). Nachdem die Versicherte dagegen am 16. Februar 2012 und 4. Mai 2012 Einsprache erheben lassen hatte (IV-act. 111-408 und 349), zog die Suva ihre Verfügung vom 10. Februar 2012 zurück und erachtete das Einspracheverfahren als formlos erledigt (IV-act. 111-348).

A.f Im Rahmen eines Telefonats vom 29. Mai 2012 berichtete die Hausärztin Dr. D.___ dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) über einen Status nach synkopalem Ereignis am 23. März 2012 mit Sturz vom Sofa und hypertoner Dysregulation. Sie ging davon aus, dass die Versicherte in einer körperlich leichten Tätigkeit und in einem konfliktarmen Arbeitsklima über eine volle Arbeitsfähigkeit verfüge (IV-act. 15).

A.g Am 18. September 2012 gab Dr. med. I.___, Fachärztin für Psychiatrie, Psychiatriezentrum J.___, gegenüber RAD-Arzt Dr. med. K.___ an, die Versicherte leide unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Es bestehe zudem eine erhebliche Depression mit einem massiven sozialen Rückzug. Die behandelnde Ärztin rechnete nicht mit einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit innerhalb der nächsten vier bis sechs Monate (IV-act. 39). In der medizinischen Stellungnahme vom 26. September 2012 hielt Dr. med. L.___, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, fest, es handle sich klar um ein syndromales Leiden, das - wenn überhaupt - im Zusammenhang mit der Rentenfrage einer entsprechenden fachärztlichen Beurteilung bedürfe. Es lägen aber bisher keine Hinweise für ein zusätzliches Leiden vor und die Versicherte habe



St.Galler Gerichte

gute persönliche Ressourcen. Die vom Psychiatricentrum J.____ gestellte Diagnose sei daher nicht nachvollziehbar (IV-act. 40).

A.h Mit Schreiben vom 23. Oktober 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, es seien keine Eingliederungsmassnahmen angezeigt, da sie sich gemäss den Abklärungen des Eingliederungsberaters nicht in der Lage fühle, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (IV-act. 42).

A.i Im Bericht vom 24. Januar 2013 hielt Dr. I.____ an einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit der Versicherten fest. Sie weise eine deutlich reduzierte Belastbarkeit, ausgeprägte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie eine depressive Symptomatik im Sinne von Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit und negativen Kognitionen auf (IV-act. 51-5).

A.j Nachdem die IV Kenntnis erhalten hatte, dass der Ehemann der Versicherten durch den Haftpflichtversicherer observiert und dabei auch die Versicherte gefilmt worden war (vgl. IV-act. 49), erhielt sie auf Anfrage von der die Überwachung durchgeführten Detektei Antworten bezüglich des von der Versicherten gezeigten Verhaltens (IV-act. 52). Dr. L.____ folgerte daraus mit Stellungnahme vom 12. Februar 2013, dass die Versicherte gestützt auf das vorliegende Bildmaterial und den Bericht der Observateure ein überraschend hohes Aktivitätsniveau gezeigt habe. Einschränkungen der Beweglichkeit der Halswirbelsäule und überhaupt des Nacken-Schulter-Armbereichs etwa als Folge eines Schleudertraumas könnten nicht einmal vermutet werden (IV-act. 53).

A.k Vom 28. Februar bis 5. März 2013 wurde die Versicherte im Spital F.____ hospitalisiert zur Abklärung einer Dysphagie, welche von Brechreiz und Inappetenz begleitet waren. Da sämtliche Untersuchungen keine pathologischen Befunde brachten bzw. Auffälligkeiten zeigten, wurde die Versicherte zur psychiatrischen/psychologischen Betreuung in die Klinik M.____ überwiesen (IV-act. 61-77f.). Dort wurde sie vom 19. März bis 19. April 2013 stationär behandelt. Als Diagnosen hielten die behandelnden Ärzte eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) fest. Wegen auftretender Nebenwirkungen



scheiterte der Versuch einer antidepressiven Einstellung jedoch wiederholt (IV-act. 61-48ff.).

A.l Mit Vorbescheid vom 10. Dezember 2013 kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs der Versicherten an. Auf Grund der Akten sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten auszugehen, weshalb es ihr möglich sei, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen (IV-act. 63).

A.m Gegen diesen Vorbescheid liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter am 31. Januar 2014 Einwand erheben und darauf hinweisen, dass sie sich am 11. Dezember 2013 einer Operation am Kiefergelenk unterzogen hatte, wobei es zu einer Schädigung eines Gesichtsnervs gekommen sei (IV-act. 72; vgl. auch Operationsbericht vom 18. Dezember 2013, IV-act. 75).

A.n Mit Stellungnahme vom 16. April 2014 befand Dr. med. N.____, Mitarbeiterin IV-Stelle, dass der Eingriff am Kiefergelenk an sich keine relevante Einschränkung der Erwerbsfähigkeit begründe und sich aus den vorliegenden Akten, insbesondere dem Operationsbericht, keine Schädigung eines Gesichtsnervs ergebe (IV-act. 82).

A.o Im Rahmen der zweiten Anhörung (vgl. IV-act. 83) hielt Rechtsanwalt lic. iur.

F. Németh im Namen der Versicherten mit Schreiben vom 30. Mai 2014 am Antrag auf eine Rente fest; im Eventualbegehren beantragte er die Vornahme weiterer Abklärungen. Da auch Dr. N.____ die Frage gestellt habe, ob sich durch die Operation des Kiefergelenks an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit etwas geändert habe, bestehe hier noch Abklärungsbedarf. Eine Ablehnung des IV-Gesuchs sei somit klar verfrüht erfolgt. Zudem gehe auch aus dem Verlaufsbericht von Dr. I.____ vom 27. Mai 2014 hervor, dass jene die Versicherte auf Grund der diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung und der schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome sowie einer Somatisierungsstörung als zu 100% arbeitsunfähig schätze. Sofern an der Arbeitsunfähigkeit tatsächlich Zweifel bestünden, sei eine polydisziplinäre Begutachtung vorzunehmen (IV-act. 86).

A.p Gestützt auf den Auftrag der IV-Stelle vom 26. Juni 2014 (IV-act. 89) wurde die Versicherte in der Zeit vom 4. bis 19. August 2014 überwacht. Als Anlass dazu dienten



Erkenntnisse aus dem Observationsmaterial betreffend den Ehemann der Versicherten sowie festgestellte Unstimmigkeiten. Im Ermittlungs- und Observationsbericht vom 26. August 2014 wurde u.a. ausgeführt, dass die Versicherte während dem Wäscheaufhängen und -abnehmen keinerlei Bewegungseinschränkungen oder Verlangsamungen gezeigt habe (IV-act. 94).

A.q In der medizinischen Stellungnahme vom 23. September 2014 führte Dr. N.____ aus, dass auch die aktuelle Observation eine aktive Frau zeige, die ihren Haushalt inklusive Überkopftätigkeiten wie Wäsche aufhängen effizient erledige, sodass ihr noch allerlei Zeit für soziale Aktivitäten bleibe. Die Beobachtungen würden sich mit einer höhergradigen Depression kaum vereinbaren lassen. Auch sei die Gesichtsinervation symmetrisch und ohne Hinweise für eine Schädigung des Nervus facialis (Gesichtsnerv). Der aktuelle Gesundheitszustand und die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien fachpsychiatrisch mittels eines Gutachtens abzuklären (IV-act. 95).

A.r Mit Schreiben vom 12. Januar 2015 führte der Rechtsvertreter aus, die Versicherte habe grundsätzlich nichts gegen eine Begutachtung einzuwenden. Jedoch würden die anlässlich der Überwachung gemachten Beobachtungen keine Rückschlüsse auf ihren Gesundheitszustand zulassen. So sei sie nur während kurzer Zeit observiert worden und es handle sich folglich lediglich um Momentaufnahmen, auf Grund derer nicht gesagt werden könne, wie es ihr im Allgemeinen gehe (IV-act. 109).

A.s Mit Verfügung vom 9. Februar 2015 stellte die Suva die Versicherungsleistungen per 28. Februar 2015 ein, da die Adäquanz zwischen dem Unfall und den geklagten Beschwerden zu verneinen sei (IV-act. 112).

A.t Am 15. Mai und 9. Juni 2015 wurde die Versicherte psychiatrisch durch med. pract. O.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM, begutachtet. Die Gutachterin befand die Versicherte aus psychiatrischer Sicht als zu 100% arbeitsfähig und hielt fest, dass retrospektiv auch nie eine andauernde Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe (IV-act. 115-42). Es liege eine hypochondrische Störung und eine Dysthymia vor, auf dem Boden von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit histrionischen Anteilen. Des Weiteren bestehe ein Verdacht



St.Galler Gerichte

auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (IV-act. 115-32). Dr. N.____ befand das Gutachten in ihrer Stellungnahme vom 21. Juli 2015 als nachvollziehbar, so dass darauf abgestellt werden könne (IV-act. 116).

A.u Mit Vorbescheid vom 16. September 2015 stellte die IV-Stelle der Versicherten eine Ablehnung des Gesuchs um IV-Rente in Aussicht. Da weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit vorliege, sei keine Einkommensbusse und damit keine Invalidität gegeben (IV-act. 117).

A.v Trotz Einwand vom 19. Oktober 2015 (IV-act. 118) und ergänzender Stellungnahme vom 16. November 2015 (IV-act. 122) verfügte die IV-Stelle am 26. November 2015 gestützt auf fehlende Invalidität eine Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 124).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 8. Januar 2016 mit dem Antrag auf deren Aufhebung und auf Zusprache einer Invalidenrente. Eventualiter sei die Sache zur weiteren (medizinischen) Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zudem sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren und der unterzeichnete Rechtsanwalt als (unentgeltlicher) Rechtsvertreter zu bestellen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (act. G 1). In der Beschwerdeergänzung vom 18. April 2016 macht der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, dass das Gutachten von med. pract. O.____ tendenziös und unvollständig und damit zur Einschätzung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin sowie zu ihrer Arbeitsfähigkeit nicht tauglich sei. Daher sei ein neues psychiatrisches Gutachten einzuholen bzw. es sei auf Grund der weiteren Beschwerden wie der Kieferproblematik, des Tinnitus, dem Schwindel und weiteren gesundheitlichen Störungen eine polydisziplinäre Begutachtung nachzuholen. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdeführerin lediglich psychiatrisch begutachtet worden sei (act. G 9).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 3. Juni 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeabweisung (act. G 11).



St.Galler Gerichte

B.c Am 7. Juni 2016 bewilligt die Verfahrensleitung das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung durch den Rechtsvertreter; act. G 12).

B.d Mit Replik vom 27. Oktober 2016 hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Sie verweist zudem auf das Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) vom 18. Oktober 2016 no. 61838/10, wonach die Beschattung durch Privatdetektive im Zuge eines sozialversicherungsrechtlichen Verfahrens gegen das in Art. 8 EMRK verankerte Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens verstosse, da es für solche Überwachungen an einer hinreichend präzisen rechtlichen Grundlage mangle. Damit habe die von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene Observation als widerrechtlich zu gelten und der Observationsbericht vom 26. August 2014 sei als widerrechtlich erlangtes Beweismittel aus dem Recht zu weisen. Nachdem das psychiatrische Gutachten von med. pract. O.____ auf Basis des rechtswidrig erhobenen Observationsmaterials erstellt worden sei, sei auch dieses aus dem Recht zu weisen. Sofern der Beschwerdeführerin keine Rente zugesprochen werden sollte, müsse auf jeden Fall eine neue Begutachtung durch einen neutralen und nicht vom Observationsbericht beeinflussten Gutachter erfolgen (act. G 20).

B.e Mit Duplik vom 30. November 2016 hält auch die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag fest. Sie stellt sich auf den Standpunkt, dass der von der Beschwerdeführerin zitierte Entscheid des EGMR lediglich Privatversicherungen betreffe, aber nicht auf die Invalidenversicherung Anwendung finde. Selbst wenn - was bestritten werde - die gesetzliche Grundlage im Bereich der Invalidenversicherung als nur knapp ausreichend taxiert würde - hätte dies nicht zur Folge, dass das Observationsmaterial nicht verwertbar wäre. Der Mangel wäre so geringfügig, dass eine Interessenabwägung klar zu Gunsten der Verwertbarkeit ausfallen müsste. Damit würden auch die Bemängelungen am Gutachten von med. pract. O.____ in sich zusammenfallen (act. G 22).

B.f Mit Schreiben vom 15. Dezember 2016 ersuchte die Beschwerdegegnerin um Sistierung des Beschwerdeverfahrens bis das Bundesgericht in einem anderen Fall



bezüglich der Frage der Rechtmässigkeit von Observationen im IV-Bereich entschieden habe (act. G 24). Am 20. Dezember 2016 setzte die Verfahrensleitung die Beschwerdeführerin über das Sistierungsbegehren der Beschwerdegegnerin in Kenntnis. Im Hinblick auf die zu erwartende Verfahrensdauer bis zum eigenen Entscheid verzichtete die Verfahrensleitung jedoch auf eine förmliche Sistierung (act. G 25).

Erwägungen

1.

1.1 Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

1.2 Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) wird unter Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen 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). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach 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% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.



1.3 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit 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). Das Gericht hat zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

2.

2.1 Vorab ist zu prüfen, ob auf das vorhandene Aktenmaterial vollständig abgestellt werden kann. Vorliegend wurden erste Beobachtungen über die Beschwerdeführerin anlässlich der Observation ihres Ehemanns im Auftrag der Generali Allgemeine Versicherung gemacht. Gestützt auf diese „zufälligen“ Beobachtungen, beauftragte die Beschwerdegegnerin dieselbe Überwachungsfirma mit der Überwachung der Beschwerdeführerin. Die Beschwerdeführerin macht nun geltend, die Observationsunterlagen seien widerrechtlich und für die Sozialversicherung damit unverwertbar (act. G 20). Die Beschwerdegegnerin ist hingegen der Ansicht, die Observation sei rechtmässig erfolgt und die Verwertbarkeit zu bejahen (act. G 22).

2.2 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 würden, 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 einsehbaren 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).

2.3 Vorliegend wurde die erste Observation, welche zugleich zum Anfangsverdacht für die eigene Observation durch die Beschwerdegegnerin führte, durch die Generali Allgemeine Versicherung als Privatversicherung veranlasst. Diese nimmt keine



staatlichen Aufgaben wahr, ist demnach nicht an die Grundrechte gebunden (vgl. Art. 35 Abs. 2 BV) und der obgenannte Entscheid des EGMR ist nicht analog auf die vorliegende Situation anwendbar (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. und 27. Juli 2017, 6B_1241/2016, E. 1 und 4A_110/2017, E. 5.2). Allerdings ist eine vom Privatversicherer rechtskonform durchgeführte Observation im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren ausschliesslich dann zulässig, wenn die in Art. 36 BV geforderten Voraussetzungen für einen Grundrechtseingriff erfüllt sind (vgl. BGE 129 V 324, E. 3.3.3). Eine von Privatversicherungen veranlasste Observation kann die Privatsphäre von Versicherten wie auch deren Recht am eigenen Bild verletzen. Die Verletzung ist ebenfalls dann nicht widerrechtlich, wenn das öffentliche Interesse an der Verhinderung eines Versicherungsbetrugs das private Interesse des von der Observation Betroffenen auf Unversehrtheit seiner Persönlichkeit überwiegt (vgl. Art. 28 Abs. 2 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [ZGB; SR 210]). Bezüglich der Verwertbarkeit von Observationsergebnissen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2017, 4A_110/2017, E. 5.3 mit Verweis auf BGE 136 III 410, E. 2) hat das Bundesgericht im Wesentlichen die gleichen Kriterien als entscheidend erachtet, wie sie für die Zulässigkeit der Überwachung durch Sozialversicherungen massgebend sind.

2.4 Hinsichtlich des ausreichenden Anfangsverdachts 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.

2.5 Anlass für die Observation der Beschwerdeführerin durch die Beschwerdegegnerin gaben hier die im Rahmen der Observation ihres Ehemannes durch die Generali Allgemeine Versicherung gewonnenen Beobachtungen. So konnte die Beschwerdeführerin beim Aufhängen der Wäsche, beim Autofahren und Fensterputzen



gesehen werden (vgl. IV-act. 52-2f.). Sodann wurden bereits im Bericht der Rehaklinik Bellikon über das ambulante Assessment vom 18. August 2011 verschiedene Diskrepanzen festgehalten, so zwischen dem Fehlen einer relevanten klinischen Problematik im Bereich Hand oder Vorderarm und der schlechten Handkraft rechts, zwischen dem Ausmass der angegebenen Einschränkungen im Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit (PACT-Test) und den beobachteten funktionellen Fähigkeiten (Selbsteinschätzung erheblich zu tief) sowie zwischen den Handkraftwerten rechts beim einfachen statischen Test und beim Rapid Exchange Test (deutlich höhere Werte beim Rapid Exchange Test; IV-act. 2-10). Auch Dr. G.____ hielt im Rahmen seiner Verlaufskontrolle am 20. Dezember 2011 fest, er habe den Eindruck gewonnen, es liege eine gewisse Aggravation vor (IV-act. 13-29). Gestützt auf das Observationsmaterial der Generali Allgemeine Versicherungen befand Dr. L.____ mit Stellungnahme vom 12. Februar 2013, die Beschwerdeführerin zeige entgegen seinen Erwartungen ein überraschend hohes Aktivitätsniveau. Dagegen habe er einen sozialen Rückzug erwartet. Auch könnten Einschränkungen der Beweglichkeit der Halswirbelsäule und überhaupt des Nacken-Schulter-Armbereichs etwa als Folge eines Schleudertraumas nicht einmal vermutet werden (IV-act. 53-2). Somit ist ein ausreichender Anfangsverdacht vorliegend zu bejahen.

2.6 Die Beschwerdeführerin wurde im Zeitraum von 30. Juni bis 19. August 2014 observiert, wobei sie nur an vier Tagen bei rückschlussfähigen Handlungen beobachtet werden konnte (IV-act. 94). 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 jedoch die von Dr. L.____ in der Stellungnahme vom 12. Februar 2013 aufgeführten Inkonsistenzen und Diskrepanzen. Auch Dr. N.____ hielt in der Stellungnahme vom 23. September 2014 fest, dass die aktuelle Observation eine aktive Frau zeige, die ihren Haushalt inklusive Überkopftätigkeiten wie Wäsche aufhängen effizient erledige, so dass ihr noch genügend Zeit für allerlei soziale Aktivitäten bleibe. Sie wirke im Umgang mit anderen kommunikativ, keineswegs antriebsgehemmt, unkonzentriert oder freudlos. Die Beobachtungen würden sich mit einer höhergradigen Depression kaum vereinbaren lassen. Bei lebhafter Mimik und Gestik fänden sich keine positiven Anhaltspunkte für



ein invalidisierendes Schmerzerleben. Die Gesichtsinervation sei symmetrisch ohne Hinweise auf eine Schädigung des Gesichtsnervs und die spontane Kopfbeweglichkeit sei entgegen den geltend gemachten Einschränkungen frei (IV-act. 95). Folglich erweist sich die Observation als geeignet und erforderlich, mit Bezug auf die geltend gemachten Einschränkungen weitere Erkenntnisse zu gewinnen, und die Verwertung von deren Ergebnissen trotz mangelhafter gesetzlicher Grundlage als insgesamt verhältnismässig.

3.

3.1 Somit ist nachfolgend zu prüfen, ob der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt und für die Rentenprüfung auf das psychiatrische Gutachten von med. pract. O.____ abgestellt werden kann.

3.2 Das Bundesgericht hat am 3. Juni 2015 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). Die Begutachtung fand am 15. Mai und 9. Juni 2015 statt. Das Gutachten wurde am 6. Juli 2015 erstellt und die Gutachterin nahm darin bereits im Sinne der neuen Rechtsprechung Stellung (vgl. IV-act. 115-39). Somit steht einer Prüfung der massgeblichen Indikatoren nichts im Wege und es ist der Beweiswert des Gutachtens auf seinen Inhalt zu prüfen.

3.3 Die behandelnde Psychiaterin Dr. I.____ schilderte die psychiatrischen Beschwerden der Beschwerdeführerin im Bericht vom 11. November 2015 folgendermassen: Zu Beginn der ambulanten Behandlung am 10. Februar 2012 habe die Beschwerdeführerin die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Flashbacks, emotionalem Rückzug, Gefühlsabstumpfung, Anhedonie sowie zeitweise auftretendem Vermeidungsverhalten (Angst vor dem Autofahren) erfüllt. Hinsichtlich dieser Symptome habe sie jedoch über eine Verbesserung im Sinne einer Teilremission berichtet. Gezwungenermassen müsse sie ihre Kinder immer zur Schule fahren, da ihr Ehemann auf Grund seines eigenen Leidens nicht immer in der Lage sei, die alltäglichen familiären Aufgaben zu erfüllen. Dennoch bestünden Restsymptome der



posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne von geringem Interesse an sozialen Aktivitäten, schnelle Reizbarkeit bei geringen Belastungssituationen, Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit. Vordergründig seien in den letzten Monaten Symptome im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode mit ausgeprägter Tagesmüdigkeit, rascher Erschöpfung, Energie- und Kraftlosigkeit, gedrückter oder gereizter Stimmung, deutliche Appetitverminderung, sozialem Rückzug, Interessenverlust und Anhedonie, Insuffizienzgefühle im Sinne einer Überforderung bei den geringsten alltäglichen Aufgaben aufgetreten. Die geschilderten Symptome würden weit über eine Dysthymia hinaus reichen, mittlerweile bestehe der Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung. Die Beschwerdeführerin sei bereits auf Grund einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome vom 19. März bis 19. April 2013 in stationärer Behandlung in der Klinik M.____ gewesen. Aus Sicht der behandelnden Ärztin sei das Erlangen einer Arbeitsfähigkeit am freien Arbeitsmarkt auf Grund des bisherigen Verlaufs eher unwahrscheinlich (act. G 1.3).

3.4 Im Rahmen ihrer Begutachtung vom 15. Mai und 9. Juni 2015 hielt die Gutachterin med. pract. O.____ fest, die Beschwerdeführerin habe sehr viel und schnell erzählt, weshalb sie sie wiederholt habe unterbrechen müssen, um ihre Angaben wortgetreu aufschreiben zu können. Bei diesen Unterbrechungen habe die Beschwerdeführerin keinerlei Mühe gehabt, den roten Faden wieder aufzunehmen, d.h. die Schilderungen exakt an der Stelle fortzusetzen, an der sie zuvor unterbrochen worden sei. Damit habe sich eine gute Aufmerksamkeit und Konzentration feststellen lassen (IV-act. 115-26). Sodann habe die Beschwerdeführerin bei Angabe von Müdigkeit und Erschöpfung nicht müde gewirkt, sondern sei während der gesamten dreistündigen Untersuchung gleichbleibend energisch und lebendig gewesen. Trotz Angabe von Konzentrationsstörungen hätten aktuell keine Konzentrationsstörungen festgestellt werden können. Auch hinsichtlich der angegebenen aktuellen Schmerzen (Kopf-, Nacken-, Schulter- und Muskelschmerzen) seien keine Anzeichen in Mimik, Gestik und Verhalten beobachtbar gewesen, welche auf eine aktuelle Schmerzsymptomatik hingedeutet hätten. Im Gegensatz zur Angabe einer stetigen Gewichtsreduktion habe aktuell ein normales Körpergewicht (bzw. auch ein höheres Körpergewicht als von ihr angegeben) festgestellt werden können. Eine Ängstlichkeit und/oder Panikattacken und/oder vegetative Angstkorrelate hätten ebenfalls aktuell nicht festgestellt werden können. Zudem habe sie sich gegenüber kritischen Fragen und Konfrontationen mit der



Aktenlage gut behaupten können. Dabei sei sie resolut und ideenreich erschienen. Insgesamt habe sich eine deutliche Diskrepanz zwischen den Angaben der Beschwerdeführerin über ihre aktuellen Beschwerden und dem aktuell festgestellten weitgehend unauffälligen psychischen Befund ergeben (IV-act. 115-27). Med. pract. O. ___ sah gestützt auf ihren Untersuchungsbefund keine Diagnosen als gegeben, welche eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine hypochondrische Störung (ICD-10: F45.2), eine Dysthymia (ICD-10: F34.1), ein Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen Anteilen (ICD-10: Z73.1). Widersprüche hätten sich sodann hinsichtlich der berichteten „Panikattacken“ gezeigt. Während die Beschwerdeführerin am 15. Mai 2015 angegeben habe, diese dank erlernter Atemtechniken weitgehend gut meistern zu können und inzwischen damit keine Probleme mehr zu haben, habe sie am 9. Juni 2015 neu angegeben, „jeden Tag“ unter Panikattacken zu leiden. Des Weiteren seien von der Beschwerdeführerin Probleme mit den Augen mit einer Visus-Verschlechterung, Probleme mit Lärmbelastung bei Ohrgeräuschen sowie eine schlechte Konzentration und Vergesslichkeit angegeben worden. Diese Beschwerden hätten sich im Rahmen der aktuellen insgesamt dreieinhalbstündigen psychiatrischen Untersuchungen nicht verifizieren lassen. Der psychopathologische Befund sei bei ihr weitgehend unauffällig gewesen. Auch mit dem Observationsbericht der Generali vom September 2012 und dem Observationsmaterial vom Sommer 2014 hätten sich die angegebenen Beschwerden nicht vereinbaren lassen. Insbesondere habe bei der Beschwerdeführerin keine relevante depressive Symptomatik im Sinne einer depressiven Episode festgestellt werden können. Es hätten auch keine relevanten Angst-Symptome bzw. keine Symptome einer PTBS festgestellt werden können, welche sich zu einem eigenständigen psychischen Krankheitsbild subsumieren liessen (IV-act. 115-31). Es hätten bei ihr allenfalls leichte dysthyme Schwankungen der psychischen Befindlichkeit vor dem Hintergrund eines neurotischen Konfliktes bei einer unbefriedigenden beruflichen und finanziellen Situation eruiert und festgestellt werden können. Bei einem aktuell weitgehend unauffälligen psychischen Befund seien bei der Beschwerdeführerin vor allem motivationale Faktoren und psychosoziale Belastungsfaktoren bei einem eigenwilligen subjektiven Krankheitskonzept in den Vordergrund gerückt. Die Gutachterin hielt zusammenfassend fest, dass bei der



Beschwerdeführerin in diagnostischer Hinsicht eine hypochondrische Störung und eine Dysthymia auf dem Boden von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit histrionischen Anteilen vorlägen. Des Weiteren liege der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung vor. Aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht imponiere die Beschwerdeführerin vor allem mit einem eigenwilligen subjektiven Krankheitskonzept im Sinne einer Beschäftigung mit bzw. einer Überzeugung davon, an einer schweren Krankheit bzw. einer schweren körperlichen Schädigung zu leiden, die auf den Autounfall von 01/2011 zurückzuführen sei. Dabei würden die angegebenen körperlichen Beschwerden und das daraus resultierende Verhalten der Beschwerdeführerin einer hypochondrischen Störung nach ICD-10 entsprechen. Gemäss den diagnostischen Kriterien nach ICD-10 bestehe das vorherrschende Kennzeichen einer hypochondrischen Störung in „einer beharrlichen Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Erkrankungen zu leiden, manifestiert durch anhaltende körperliche Beschwerden oder anhaltende Beschäftigung mit den körperlichen Phänomenen. Normale oder allgemeine Körperwahrnehmungen und Symptome werden von der betreffenden Person oft als abnorm und belastend interpretiert.“ Die konkreten diagnostischen Kriterien einer hypochondrischen Störung gemäss der ICD-10 (Kriterien A, B, C) seien bei der Beschwerdeführerin erfüllt. Differentialdiagnostisch zog die Gutachterin eine Somatisierungsstörung in Betracht: Entsprechend den Kriterien nach ICD-10 liege bei der Beschwerdeführerin der Akzent (wie bei einer hypochondrischen Störung postuliert) jedoch mehr auf der Krankheit und ihren künftigen Folgen als auf den einzelnen Symptomen (IV-act. 115-32f.). Gestützt auf die Aktenlage hätten bereits vor dem Autounfall psychische und psychosomatische Auffälligkeiten bzw. unspezifische körperliche Beschwerden (laut Hausärztin „Schmerzüberempfindlichkeit, die sie ewig leiden liess“, auch Tinnitus und „Schwindel“) vorgelegen. Nach Aktenlage habe die Beschwerdeführerin schon Jahre vor dem Autounfall von 01/2011 wegen eines „Innenohrschwindels“ das psychopharmakologische Kombinationspräparat Deanxit eingenommen. Eine fachärztlich psychiatrische Abklärung der damaligen psychisch/psychosomatischen Auffälligkeiten habe aber vor 2011 nicht stattgefunden. Die vorliegenden leichten psychischen Beschwerden im Sinne von leichten depressiven Verstimmungen hätten sich als Dysthymia subsumieren lassen. In diesem Zusammenhang sei aus gutachterlicher Sicht festzuhalten, dass sich die von der



Beschwerdeführerin angegebenen „schweren“ psychischen Beschwerden und Einschränkungen nicht hätten verifizieren lassen. Das wesentliche Kennzeichen einer Dysthymia gemäss der ICD-10 sei die „langdauernde, depressive Verstimmung, die niemals oder nur selten ausgeprägt genug sei, um die Kriterien für eine rezidivierende leichte oder mittelgradige depressive Störung zu erfüllen. Bei Beginn im höheren Lebensalter trete die Störung häufig nach einer abgrenzbaren depressiven Episode, nach einem Trauerfall oder nach einer anderen offensichtlichen Belastung auf“. Bei der Beschwerdeführerin würden sich aktuell keine depressiven Symptome feststellen lassen, welche die diagnostischen Kriterien einer leichten oder mittelgradigen bzw. schweren depressiven Episode nach ICD-10 erfüllen würden (IV-act. 115-33).

3.5 Weiter führte med. pract. O.____ aus, dass sich die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin nicht mit dem Verlauf ihres psychiatrischen Klinikaufenthalts im Frühjahr 20__ vereinbaren liessen. So lasse sich die in der Klinik M.____ diagnostizierte schwere depressive Episode nicht nachvollziehen. Die Ärzte der Klinik M.____ hätten neben der schweren depressiven Episode eine posttraumatische Belastungsstörung und eine Somatisierungsstörung diagnostiziert. Vor dem Hintergrund des damals beschriebenen psychopathologischen Befundes lasse sich die PTBS aber nicht nachvollziehen, da im psychopathologischen Befund gar keine Symptome einer PTBS angegeben worden seien (IV-act. 115-35f.). Diese Diagnose sei lediglich auf der ersten Seite genannt worden. Ansonsten fänden sich weder im psychopathologischen Befund noch im Verlauf der vierwöchigen Behandlung Hinweise für das Vorliegen von Symptomen einer PTBS. Im psychopathologischen Befund würden gewisse depressive Symptome mit explizit zitierten subjektiven Beschwerden der Beschwerdeführerin vermischt. Dabei sei keine klare Unterscheidung zwischen den subjektiven Beschwerden und den festgestellten Symptomen erkennbar. Daher lasse sich aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht die Diagnose einer schweren depressiven Episode nicht nachvollziehen. Die im psychopathologischen Befund genannten depressiven Symptome würden die Kriterien einer schweren depressiven Episode nicht erfüllen. Auch der schriftlich festgehaltene Verlauf der stationären Behandlung liefere keine Hinweise für das Vorliegen einer schweren depressiven Episode nach der ICD-10. Vielmehr werde bei der Beschwerdeführerin eine hohe Anspruchshaltung an die behandelnden Ärzte beschrieben. So sei eine hohe Anspruchshaltung an andere und (ggf.) sich selbst aber kein depressives Symptom, sondern ein Hinweis auf einen



neurotischen Konflikt und/oder Hinweis für persönlichkeitsstrukturelle Besonderheiten. Vorliegend gehe es um einen neurotischen Konflikt um Versorgung versus Autarkie, die von der Beschwerdeführerin externalisiert und somit während der stationären psychiatrischen Hospitalisation sichtbar geworden sei. Die von den Ärzten diagnostizierte Somatisierungsstörung lasse sich teilweise nachvollziehen. Sie gehöre zur Gruppe der somatoformen Störungen nach der ICD-10. Bei der Beschwerdeführerin lägen eindeutig somatoforme Störungen vor, wobei aus gutachterlicher Sicht der Akzent - wie dargestellt - weniger auf den einzelnen Symptomen/Beschwerden, sondern mehr auf der Krankheit bzw. dem subjektiven Krankheitskonzept und den künftigen Folgen liege, was der Diagnose einer hypochondrischen Störung nach der ICD-10 entspreche (IV-act. 115-36). Mit Verweis auf die von Dr. med. G. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Konsiliararzt der Suva, verfasste psychiatrische Beurteilung der Aktenlage vom 28. März 2014 (IV-act. 111-116ff.) zitierte med. pract. O.____, der Suva-Arzt habe festgehalten, dass sich durch das Dossier eine gewisse Schwierigkeit ziehe, die bestehende dokumentierte Symptomatik und das Verhalten der Beschwerdeführerin zu erfassen; dies auch auf Grund des zum Teil widersprüchlichen Verhaltens. Dieses bestätigte die Gutachterin aus ihrer eigenen Untersuchung. Demgegenüber befand sie die von Dr. P.____ im Rahmen seiner Untersuchung vom 11. April 2014 gestellte Diagnose eines depressiven Syndroms, leichter bis mittelgradiger Ausprägung, aktuell leichter Ausprägung auf dem Boden einer Anpassungsstörung nach Unfall und auf dem Boden einer histrionischen Persönlichkeit (ICD-10: F32.0; F43.2, F60.4), als nicht nachvollziehbar. Dies zumal bei der Beschwerdeführerin sowohl von der früheren Hausärztin Dr. D.____ als auch von den Ärzten der Rehaklinik Bellikon 08/2011 schon vor dem Unfall von 01/2011 („vorbestehende“) depressive und somatoforme Beschwerden einschliesslich einer psychopharmakologischen Behandlung (Deanxit) beschrieben worden seien. Bei den von der Beschwerdeführerin im April 2014 angegebenen somatischen Beschwerden ohne wesentliche somatische Korrelate fehlten - aus gutachterlicher Sicht bei der Beurteilung von Dr. P.____ eine entsprechende diagnostische Einschätzung bzw. differentialdiagnostische Überlegungen, dies auch vor dem Hintergrund des von ihm zuvor angegebenen „widersprüchlichen“ Verhaltens. Nachdem die ambulant behandelnde Psychiaterin Dr. I.____ gegenüber Dr. P.____ am 14. April 2014 von der Diagnose einer PTBS Abstand



genommen habe, sei es nicht nachvollziehbar, dass sie dann doch diese Diagnose in ihrem Bericht an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom Mai 2014 angegeben habe. Auch sei die von Dr. I.____ im Mai 2014 diagnostizierte schwere depressive Episode nicht nachvollziehbar, zumal wenige Wochen zuvor Dr. P.____ „nur“ eine leichte depressive Symptomatik habe feststellen können. Weiter lasse sich auch die von der Psychiaterin im Mai 2014 anamnestisch aufgeführte deutliche Verschlechterung der psychischen Verfassung im Frühjahr 20__ als Grund für die erste psychiatrische Hospitalisation anhand des Austrittsberichts der Klinik M.____ von 08/20__ mit der umfassend dargestellten „Problematik bei Eintritt“ retrospektiv nicht bestätigen. Eine deutliche Verschlechterung der psychischen Verfassung sei von den Ärzten der Klinik M.____ so nicht beschrieben worden. Weiter sei hinsichtlich der von Dr. I.____ angegebenen Probleme in Bezug auf die medikamentöse psychopharmakologische Behandlung verwunderlich, dass die Beschwerdeführerin auf die ihr seit 2012 verordneten verschiedenen psychopharmakologischen Präparate mit raschen Unverträglichkeiten reagiert haben solle, nachdem sie - gemäss Aktenlage - vor dem Autounfall 2011 bei wesentlich geringeren (?) Beschwerden mehrere Jahre das Kombinationspräparat Deanxit (bestehend aus einem Antidepressivum und einem Neuroleptikum) wohl ohne Probleme eingenommen habe. Ebenfalls nicht nachvollziehbar sei, dass Dr. I.____ bei der von ihr neu im Mai 2014 diagnostizierten schweren depressiven Episode keine Modifikation hinsichtlich einer adäquaten Medikation und hinsichtlich des Behandlungssettings vorgenommen habe. Die von ihr weiterhin unverändert durchgeführte niederfrequente ambulante Gesprächstherapie entspreche nicht den Leitlinien der Fachgesellschaften (SGPP; DGPPN) zur Behandlung von schweren depressiven Episoden. Bei einer solchen wären zumindest eine engmaschige ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und eine intensive antidepressive Behandlung erforderlich. Es könne (daher) angenommen werden, dass die Psychiaterin die depressiven Symptome der Beschwerdeführerin nicht als so schwerwiegend eingeschätzt habe, dass sie bei ihr eine adäquate Behandlung für erforderlich erachtet und entsprechend umgesetzt hätte. Schliesslich sei der Bericht von Dr. I.____ an die Suva von Oktober 2014 im Wortlaut identisch mit ihrem Bericht an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin von Mai 2014. Aus gutachterlicher Sicht sei es jedoch nicht nachvollziehbar, dass die Ärztin nach weiteren fünf Monaten ambulanter Behandlung keinerlei neue Aspekte (z.B. zu Beschwerden,



Symptomen, zum Verlauf und zur Behandlung) zu berichten gehabt habe (IV-act. 115-36ff.).

3.6 Schliesslich führte die Gutachterin mit Bezug auf die Indikatorenprüfung (Funktioneller Schweregrad/Gesundheitsschädigung, Behandlungserfolg/-resistenzen, Komplex der Persönlichkeit, Konzept der "komplexen" Ich-Funktionen, Sozialer Kontakt, Konsistenz der Fähigkeitsstörungen und Inanspruchnahme therapeutischer Optionen) konkret aus, dass funktionelle Einschränkungen von der Beschwerdeführerin zwar angegeben würden, sie sich aber in der psychiatrischen Untersuchung nicht hätten objektivieren lassen. Das ermittelte psychische und psychosoziale Funktionsniveau sei nicht beeinträchtigt. Eine relevante Gesundheitsschädigung liege nicht vor. Bei den aufgeführten psychischen Störungen handle es sich aus rein psychiatrischer Sicht um sehr leichte psychische Störungen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Für einen Behandlungserfolg im Rahmen einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung seien ein ausreichender Leidensdruck, eine Behandlungsmotivation (und Compliance) und eine gewisse Introspektionsfähigkeit bedeutsam. Ein Leidensdruck sei bei der Beschwerdeführerin vor allem in Bezug auf psychosoziale Faktoren erkennbar. Eine Behandlungsmotivation müsse bei ihr hinterfragt werden. Die aktuelle Behandlung entspreche - unter Berücksichtigung der von der behandelnden Psychiaterin angegebenen Diagnosen - nicht den Leitlinien der Fachgesellschaften (SGPP, DGPPN). Die Psychiaterin habe ein Behandlungssetting für sehr leichte, psychische Störungen, seit längerer Zeit sogar ohne Medikation gewählt. Somit habe sie die von der Gutachterin gestellten leichten psychischen Diagnosen indirekt bestätigt. Hinsichtlich der empfohlenen beruflichen Eingliederungsmassnahmen seien die Eingliederungsmotivation und Kooperation der Beschwerdeführerin bereits von den Ärzten der Rehaklinik Bellikon 08/2011 hinterfragt worden. Somit seien deutliche Behandlungsresistenzen festzustellen. Es bestünden akzentuierte Persönlichkeitszüge, die jedoch vorbestehend seit spätestens der Adoleszenz seien und auch bisher die Arbeitsfähigkeit nicht relevant eingeschränkt hätten. Die komplexen Ich-Funktionen (Selbst-/Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Affektsteuerung, Impulskontrolle und Antrieb) seien nicht relevant eingeschränkt. Es liessen sich zahlreiche Ressourcen feststellen, wozu auf den psychischen Befund verwiesen werde. Die Beschwerdeführerin pflege nach wie vor viele soziale Kontakte, wie dies der Aktenlage einschliesslich des



Observationsmaterials zu entnehmen sei. Weiter bestehe - wie oben erwähnt - keine Konsistenz der Fähigkeitsstörungen. Zudem erscheine der tatsächliche Leidensdruck eher gering und betreffe - wie erwähnt - vor allem psychosoziale Belastungsfaktoren und den Wunsch nach finanzieller Absicherung. Die Beschwerdeführerin nehme nur eine niederfrequente ambulante psychiatrische Behandlung wahr. Eine kontinuierliche und konsequente psychopharmakologische Behandlung habe seit 2012 nicht stattgefunden. Es könne angenommen werden, dass eine konsequente psychopharmakologische Behandlung auch nicht erforderlich gewesen sei. Durch die Diskussion der Standardindikatoren könne keine ausreichende Schwere der psychischen Symptomatik belegt werden (IV-act. 115-39f.).

3.7 Zusammenfassend kam die Gutachterin zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin aus rein psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und der Leistungsfähigkeit bestünden. Es würden sich vielmehr gute Ressourcen in Form von guten kognitiven Fähigkeiten einschliesslich einer guten Konzentration und Aufmerksamkeit, guten sozialen Fähigkeiten sowie in Form einer guten Ausdauer und eines guten Durchhaltevermögens bei der Wahrnehmung eigener Interessen feststellen lassen (IV-act. 115-40).

3.8 Das Gutachten von med. pract. O.____ beruht auf eigenständigen Abklärungen und ist für die streitigen Belange umfassend. Insbesondere verschaffte sich die Gutachterin ein Bild über die Ressourcen und Einschränkungen der Beschwerdeführerin und hat zu den massgeblichen Indikatoren gemäss neuer Rechtsprechung nachvollziehbar Stellung genommen. Die medizinischen Vorakten wurden sodann verwertet und Abweichungen zu den behandelnden Ärzten sowie zu Dr. P.____ diskutiert und begründet. Ebenso wurden die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden berücksichtigt und gewürdigt. Auch Dr. N.____ beurteilte das Gutachten als sorgfältig und umfassend aufgearbeitet (vgl. IV-act. 116-2). Es besteht somit kein Anlass, von der bescheinigten vollen Arbeitsfähigkeit abzuweichen.

3.9 Auch den mit der Beschwerdebegündung eingereichten Berichten von Dr. med. Q.____, Facharzt FMH für Neurologie, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. September 2015, von Dr. med. R.____, Augenarzt/Ophtalmochirurgie FMH, vom 21. September 2015 und Dr. med. I.____, Fachärztin für Psychiatrie, vom 11. November



2015 (vgl. act. G 9.1.1-3) sind keine Hinweise zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert hätte, gewisse Einschränkungen nicht berücksichtigt worden wären oder sich weitere somatische sowie psychiatrische Abklärungen aufdrängen würden. Frühere Beurteilungen von Dr. I.____ wurden von der Gutachterin abschliessend einbezogen und gewürdigt. Zudem sind die von Dr. Q.____ und Dr. R.____ geschilderten Befunde sowie die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Einschränkungen nicht derart, dass sie eine höhergradige, rentenrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingen könnten. Folglich bleibt es bei der gutachterlichen Einschätzung.

4.

Gestützt auf die vorliegenden Akten ist somit eine volle Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin selbst in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin (in der Reinigung bzw. der Spezialreinigung) nachvollziehbar. Damit ist eine Invalidität zu verneinen und das Rentengesuch abzuweisen.

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 26. November 2015 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

5.2 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. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zuzufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. act. G 12) ist sie von der Bezahlung zu befreien.

5.3 Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteienschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor



St.Galler Gerichte

Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin reichte am 20. Juni 2018 eine Kostennote in Höhe von insgesamt Fr. 5'382.20 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) ein (act. G 28). Mit Schreiben vom 26. Juni 2018 teilte er mit, die ungekürzte Kostennote betrage Fr. 6'727.80 (vgl. act. G 30). Mit Blick auf die in vergleichbaren Fällen üblicherweise bezahlte Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- erscheint der geltend gemachte Aufwand als übersetzt. In der Verwaltungsrechtspflege sind sodann keine Entschädigung nach Stunden, sondern Pauschalen vorgesehen. Der Bedeutung und der Schwierigkeit der Streitsache angemessen erscheint unter Berücksichtigung des zu beurteilenden mehrjährigen Verlaufs, des Observationsmaterials und des umfangreichen Aktenmaterials eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 3'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

5.4 Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin wird zufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- befreit.

3.



Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 3'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).