



Fall-Nr.: IV 2017/186
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 07.02.2020
Entscheiddatum: 30.09.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 30.09.2019

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 16 ATSG; Art. 28 IVG: Gemäss einem polydisziplinären Gutachten ist die Beschwerdeführerin in adaptierter Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig. Es besteht daher kein Rentenanspruch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. September 2019, IV 2017/186).

Entscheid vom 30. September 2019

Besetzung

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

Geschäftsnr.

IV 2017/186

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller, Engelgasse 214, 9053 Teufen,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich am 22. August 2008 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Sie war am 14. Februar 2008 auf dem Fussgängerstreifen vor ihrer Wohnung angefahren worden und hatte dabei ein Schädelhirntrauma ersten Grades, eine Riss-Quetschwunde suborbital links, eine Basisfraktur Endglied Dig I rechts mit Ausriss des radialen Kollateralbandes, ein Glutealhämatom links, einen Syndesmosenruptus OSG rechts und eine Fraktur des Malleolus medialis rechts erlitten. Die Verletzungen des Sprunggelenks und des Daumens waren operativ behandelt worden (Schraubenosteosynthese am Malleolus medialis rechts und tibiofibulare Stellschrauben; Reposition und Spickdraht sowie Osteosynthese Daumen rechts; IV-act. 1; Ergänzungsblatt R zur Anmeldung IV-act. 9, Angaben vom 5. September 2008; Unfallschein UVG, IV-act. 22-143; Arztzeugnis UVG [undatiert], mit Verweis auch Sprechstunden- und Austrittsbericht, IV-act. 22-141; Polizeiliche Einvernahme vom 18. Februar 2008, IV-act. 22-70 ff.; Austrittsbericht Klinik für Orthopädische Chirurgie KSSG vom 20. Februar 2008, IV-act. 22-139 f.; Operationsberichte IV-act. 22-135 ff.). Dr. med. B.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hatte gemäss Bericht vom 16. Juni 2008 eine leichte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) diagnostiziert und die Versicherte in ca. dreiwöchentlichem Rhythmus gesprächs- und verhaltenstherapeutisch behandelt (IV-act. 22-48 f.).

A.b. Anlässlich eines Aufenthalts in der Rehaklinik Bellikon vom 12. bis 30. Januar 2009 wurde die Versicherte im Auftrag des Unfallversicherers neurologisch, neuropsychologisch, psychiatrisch und physikalisch-medizinisch abgeklärt bzw. begutachtet (IV-act. 29). Polydisziplinär wurde für Tätigkeiten, die keine hohen



Anforderungen an die Geschicklichkeit des rechten Daumens stellten oder ein längeres Gehen oder Stehen, keine kraftvolle Greiffunktion rechts oder ein Heben oder Tragen über 15 - 20 kg erforderten, aus psychiatrischer Sicht eine um maximal 20% reduzierte Arbeitsfähigkeit angenommen (Gutachten vom 30. April 2009, IV-act. 29-14, 15, 36).

A.c. Am 25. Juni 2009 sprach die IV-Stelle der Versicherten Arbeitsvermittlung zu (IV-act. 31). Während einer beruflichen Abklärung bei C.____ vom 4. Januar bis 2. April 2010 kamen die Betreuenden zum Schluss, aus dem Arbeitsverhalten der Versicherten sei zu schliessen, dass es ihr aktuell nicht möglich sei, sich auf eine Arbeitsstelle in der freien Wirtschaft zu bewerben (Fehlzeit von beinahe 50% bei anfänglich halbtägiger Präsenzzeit). Die Versicherte erbringe unter optimalen Voraussetzungen und guten Arbeitsbedingungen eine durchschnittliche Leistung von ca. 20% - 30% einer Hilfsarbeiterin bei einer Präsenzzeit von 100% (IV-act. 53).

A.d. Am 17., 18. und 26. November 2009 sowie am 29. und 30. Juni 2010 wurde die Versicherte im Auftrag des Haftpflichtversicherers des Unfallgegners observiert. Dabei konnte sie, zusammengefasst, in unterschiedlichem Ausmass hinkend und stets von ihrem Ehemann chauffiert, bei offenbaren Arztbesuchen, bei einer Einkaufstour in der D.____ und bis zum offenbaren Abflug im Flughafen E.____ beobachtet werden (vgl. IV-act. 93). In einem weiteren, orthopädischen Gutachten vom 10. November 2010 (IV-act. 82-4 ff.) zuhanden des Unfallversicherers kam Dr. med. F.____ zum Ergebnis, in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit sei die Versicherte voll arbeitsfähig (IV-act. 82-15).

A.e. Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Vorbescheid vom 14. November 2011, IV-act. 100; Einwand vom 16. Januar 2012, IV-act. 105; Stellungnahmen vom 29. Februar 2012, IV-act. 111, vom 31. Mai 2012, IV-act. 117, vom 6. Juni 2012, IV-act. 118 und vom 11. Juni 2012, IV-act. 128-2 ff.) wies die IV-Stelle das Leistungsgesuch mit Verfügung vom 4. Januar 2013 ab (IV-act. 123). Eine hiergegen am 22. Januar 2013 (IV-act. 126) erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht am 28. August 2014 teilweise gut und wies die Sache zur ergänzenden Abklärung und neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle zurück (IV-act. 141, IV 2013/33). Es erwog, das Gutachten der Rehaklinik Bellikon vom 30. April 2009 bilde in zeitlicher Hinsicht und da es sich auf unfallversicherungsrechtliche Aspekte beschränke (E. 3.4) keine genügende Grundlage



für die im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren vorzunehmende Leistungsfähigkeitsschätzung und die Sache erweise sich mangels ausreichend abgeklärter medizinischer Situation als noch nicht spruchreif. Es erscheine eine umfassende medizinische Abklärung nötig, bei der auch der Verlauf des Gesundheitszustandes zu erheben sein werde (E. 3.5).

A.f. Am 12. Januar 2015 zog sich die Versicherte eine mehrfragmentäre Radiusfraktur links mit dorsaler Trümmerzone zu, die am 13. Januar 2015 durch eine Reposition und Plattenosteosynthese versorgt werden musste (Operationsbericht Orthopädie G.____, IV-act. 156-9 f.; Bericht Dr. med. H.____, Fachärztin Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Orthopädie am G.____, vom 13. Januar 2015, IV-act. 156-8).

A.g. Mit Mitteilung vom 28. September 2015 eröffnete die IV-Stelle der Versicherten die Anordnung einer psychiatrisch/orthopädischen Begutachtung (IV-act. 167), worauf die Versicherte am 30. September 2015 eine polydisziplinäre (psychiatrische, rheumatologische, neurologische, orthopädische, neuropsychologische) Begutachtung verlangte (IV-act. 169). Die IV-Stelle kündigte mit Mitteilung vom 15. Oktober 2015 eine psychiatrisch/rheumatologische Begutachtung an (IV-act. 171), worauf die Versicherte am 26. Oktober 2015 erneut eine polydisziplinäre Begutachtung einforderte (IV-act. 172). Dies wies die IV-Stelle mit Zwischenverfügung vom 30. Oktober 2015 ab (IV-act. 173), gegen welche die Versicherte am 27. November 2015 Beschwerde erhob (IV-act. 175-2 ff.), welche das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 8. März 2016 guthiess (IV-act. 184; IV 2015/402).

A.h. Am 9. Februar 2016 erfolgte die Metallentfernung am distalen Radius mit Tenarthrolyse des Handgelenks (Operationsbericht Orthopädie G.____, IV-act. 188-1).

A.i. In Nachachtung der versicherungsgerichtlichen Entscheide vom 28. August 2014 und vom 8. März 2016 wurde die Versicherte durch die medexperts AG begutachtet (Gutachten vom 7. September 2016; Dr. med. I.____, Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. J.____, Neurologie; Dr. phil. K.____, Neuropsychologie; Dr. med. L.____, Orthopädische Chirurgie; Dr. med. M.____, Psychiatrie; Dr. med. N.____, Rheumatologie; Untersuchungen 2. bis 10. August 2016; IV-act. 196). Die Begutachtenden



diagnostizierten als Gesundheitsschäden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 196-62) (1.) eine endgradig schmerzhafteste Bewegungseinschränkung und Schwellneigung am rechten OSG, Status nach Malleolarfraktur und Syndesmosenruptur des OSG am 14. Februar 2008, osteosynthetisch versorgt, ohne wesentliche degenerative Veränderungen, (2.) eine endgradige Einschränkung der Beugefähigkeit des Mittelgelenks des rechten Daumens bei Status nach Basisfraktur Dig I rechts mit Ausriss des radialen Kollateralbandes (Reposition und Spickdrahtosteosynthese am 15. Februar 2008), (3.) eine endgradige schmerzhafteste Bewegungseinschränkung des linken Handgelenks bei Status nach distaler Radiusfraktur, osteosynthetisch versorgt am 13. Januar 2015, Status nach Metallentfernung und Tenarthrolyse am Handgelenk links am 9. Februar 2016, (4.) Beschwerden am PIP und DIP D II und D III rechts, radiologisch geringe degenerative Veränderungen als Zeichen beginnender Fingerpolyarthrosen speziell II und III, (5.) Schmerzen an den Daumengelenken beidseits bei radiologischer Rhizarthrose rechts und STT-Arthrose links sowie (6.) ein cervicolumbales belastungsabhängiges Schmerzsyndrom bei radiologisch mässigen degenerativen Veränderungen und lumbosakraler Übergangsstörung. Aus polydisziplinärer Sicht beständen in der letzten Tätigkeit Beeinträchtigungen in der Geh- und Stehfähigkeit sowie bei der feinmotorischen manuellen Tätigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit dürfte in dieser Tätigkeit quantitativ 50%, ausgehend von einem vollschichtigen Arbeitspensum (100%), ausmachen. Zudem beständen qualitative Einschränkungen. In adaptierten Tätigkeiten sei die Versicherte seit 30. April 2009 (Gutachten Rehaklinik Bellikon) mit Unterbruch durch die am 13. Januar 2015 operativ versorgte Radiusfraktur bis etwa drei Monate nach der letzten Operation (vom 9. Februar 2016) 100% arbeitsfähig (IV-act. 196-70).

A.j. IV-Ärztin Dr. med. O. ___ nahm am 3. Oktober 2016 Stellung, das Gutachten sei umfassend und weise keine formellen Mängel auf. Die Ableitung der Diagnosen und die Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit seien widerspruchsfrei, schlüssig und nachvollziehbar begründet. Die Auseinandersetzung mit den Indikatoren sei schlüssig und umfassend. Auf das Gutachten könne vollumfänglich abgestellt werden (IV-act. 198-2). In einer adaptierten, vorwiegend sitzenden, leichten und wenig manuell belastenden Tätigkeit bestehe seit April 2009 (Gutachten Rehaklinik Bellikon) aus



polydisziplinärer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit einem Unterbruch für drei Monate nach der Operation der distalen Radiusfraktur im Januar 2015 (IV-act. 198-3).

A.k. Die IV-Stelle gewährte der Versicherten mit Vorbescheid vom 30. Januar 2017 das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsgesuchs (IV-act. 199). Mit Einwand vom 3. März 2017 (IV-act. 201-1 ff.) liess die Versicherte vorbringen, gemäss Bericht von Dr. H.____ vom 9. Februar 2017 (IV-act. 201-10 f.) habe sich der Zustand ihrer Hände weiter verschlechtert. Eine vorwiegend sitzende, leichte und wenig manuell belastende Tätigkeit existiere im ersten Arbeitsmarkt nicht. Das Gutachten übergehe ihre Sehstörungen. Auch der phobische Attackenschwindel habe Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Diese seien weiter abzuklären. Das linke Handgelenk sei schmerzhaft bewegungseingeschränkt. Dies gelte aufgrund des diagnostizierten Karpaltunnelsyndroms und des Daumenschnappens auch für die rechte Hand. Sie sei offensichtlich nicht nur bei eigentlichen feinmanuellen Tätigkeiten eingeschränkt. Das Gutachten sei nicht schlüssig, weil auch die angestammte Tätigkeit nicht eigentlich feinmanuell gewesen sei. Es sei nicht einzusehen, worin der Unterschied zu einer adaptierten Tätigkeit liege. In einer adaptierten Tätigkeit sei sie demnach ebenso um mindestens 50% eingeschränkt. Zusätzlich bestehe eine bei einer Erwerbstätigkeit zusätzlich limitierende HWS- und LWS-Problematik. Die objektivierten Hüftbeschwerden würden sich vor allem einstellen, wenn sie den ganzen Tag sitzend einer Erwerbstätigkeit nachgehen müsste. Die Konzentration während Stunden würde zu vermehrten Kopfschmerzen, HWS-Schmerzen und Verspannungen führen. Dies sei von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden. Es fehle insbesondere an einer gesamthaften Betrachtung. Dass die verschiedenen Diagnosen korrelierten und eine Tätigkeit empfindlich erschweren respektive verunmöglichen würden, habe sich ja bereits beim Arbeitsversuch gezeigt. Die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung einerseits und einer chronischen Anpassungsstörung andererseits seien in sich widersprüchlich. Auch sei die Störung nicht kompensiert. Dass die soziokulturelle Eingewöhnung und schlechte Sprachkenntnisse als psychosoziale Belastungsfaktoren vorlägen, treffe nicht zu, zumal sie im Jahr 20__ eingebürgert worden sei. Die medikamentöse Unterdrückung der Beschwerden stelle für sie - weil sie nur eine Niere habe - eine sehr grosse Belastung dar, welche durch die Diagnose einer Anpassungsstörung nicht adäquat gewertet werde. Bezüglich des psychischen



Zustandes müsste auch eine nachvollziehbare Längsschnittbeurteilung vorgenommen werden. Aus diesen Gründen sei das Gutachten ungenügend. Die durch die neuropsychologische Gutachterin festgehaltenen Diskrepanzen seien nicht nachvollziehbar, zumal sie von allen anderen Gutachtern als konsistent und aktiv und interessiert mitarbeitend beschrieben worden sei. Zudem habe sie bei dieser Testung eine Sehstörung angegeben. Hätte sie bewusst eine Verzerrung vornehmen wollen, hätte sie primär bei den anspruchsvolleren Aufgaben eine schlechte Leistung gezeigt, was aber gerade nicht der Fall gewesen sei. Die Observation habe gerade gezeigt, dass sie vor dem Haus abgeholt worden sei, mehrheitlich einen behutsamen Gang und sogar ein unterschiedlich ausgeprägtes Hinken gezeigt habe.

A.I. Mit Verfügung vom 6. April 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsgesuch ab. Zum Einwand hielt sie fest, die Handproblematik sei bei der Begutachtung bekannt gewesen und auch gebührend berücksichtigt worden. Aus den Akten ergäben sich keine Anzeichen für eine relevante Verschlechterung. Die Einschränkung in einer leidensadaptierten Tätigkeit sei primär aus rheumatologischer Sicht begründet worden. Der Rheumatologe sei von einer stehenden und gehenden angestammten Tätigkeit ausgegangen. Die Einschränkung von 40% bis 50% in einer solchen Tätigkeit sei überwiegend wegen persistierender und belastungsabhängiger OSG-Beschwerden angenommen worden. Es sei plausibel und nachvollziehbar, dass diese in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit nicht wesentlich zum Tragen kämen und daher die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkten. Es sei davon auszugehen, dass auf dem invalidenversicherungsrechtlich relevanten ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend geeignete Stellen verfügbar seien. Die geschilderten Sehstörungen seien nicht objektiviert. Die Eigenangaben der Versicherten seien mit Vorsicht zu prüfen, nachdem die Validierungstests sehr auffällige Resultate gezeigt hätten. Zudem habe die Versicherte trotz der angegebenen Sehstörungen visuell anspruchsvolle Tests bewältigen können. Die eigene Arbeitsfähigkeitsschätzung vermöge die gutachterliche nicht in Frage zu stellen. Der psychiatrische Gutachter habe nicht nur die aktuelle Situation beschrieben, sondern den gesamten Verlauf rückblickend skizziert. Im Gutachten sei eine ausführliche Konsensbeurteilung abgebildet.

B.



B.a. Gegen die Verfügung vom 6. April 2017 lässt A.____, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. D. Ehrenzeller, am 15. Mai 2017 Beschwerde erheben. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und es sei ihr spätestens ab Februar 2009 mindestens eine halbe Rente zuzusprechen. Eventualiter sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Subeventualiter sei ein gerichtliches Obergutachten anzuordnen. Aus einem beigelegten Bericht der hno Praxis Dr. med. P.____ vom 31. März 2017 (act. G 1.2) gehe hervor, dass sich in letzter Zeit am Hals eine Raumforderung gezeigt habe, die im Oktober 2017 weiter abgeklärt werden müsse. Das Gutachten postuliere in angestammter Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50% unter Berücksichtigung, dass nur noch eine grobmanuelle Tätigkeit in Frage komme. Adaptiert werde hingegen eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert für eine "vorwiegend sitzende, leichte und wenig manuell belastende Tätigkeit". Die Beschwerdegegnerin finde auch kein Beispiel einer Arbeitsplatzbeschreibung/Stelle einer adaptierten Tätigkeit. Eine adaptierte Tätigkeit sei rein von der manuellen Beanspruchung her vergleichbar mit der angestammten Tätigkeit, könne aber gleichzeitig wegen der Hüft-, Knie- und OSG-Beschwerden nur noch sitzend ausgeübt werden. Die Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit sei somit höher als in der angestammten. Bezüglich der Sehstörungen anerkenne die Beschwerdegegnerin, dass diese nicht abgeklärt seien, was eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes bedeute. Die neuropsychologische Testung sei mehrheitlich in Papierform und nicht am Computer erfolgt, sodass keine stundenlange Fixation notwendig gewesen sei. Die Untersuchungssituation könne auch nicht mit einer achtstündigen Erwerbstätigkeit verglichen werden. Psychiatrisch bestehe darin ein innerer Widerspruch, dass einerseits eine Anpassungsstörung mit Übergang in eine rezidivierende depressive Störung und andererseits lediglich eine chronische Anpassungsstörung diagnostiziert werde. Es sei nach wie vor von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen, zumal der Gutachter empfohlen habe, die Therapie fortzuführen, was ebenfalls innerlich widersprüchlich sei. Die psychologischen Belastungsfaktoren würden mit jedem Jahr schwerwiegender, vor allem im Zusammenhang mit der Angst der Schädigung der verbliebenen Niere wegen des chronischen Medikamentengebrauchs. Probleme der soziokulturellen Eingewöhnung lägen nicht vor. Es sei deshalb nicht nachvollziehbar, dass invaliditätsfremde Gründe am psychischen Zustand mitbeteiligt seien. In



Anbetracht der steigenden Angst um ihre Niere habe sich die psychische Situation seit 2012 sicher nicht verbessert; die Annahme, die depressive Störung sei "kompensiert", sei sachfremd. Sie habe erklärt, sie habe bessere und schlechtere Tage, so dass eine Längsschnittbeurteilung vorzunehmen wäre, die auch bei der psychischen Komponente fehle. Das Gutachten diskutierte die gegenseitigen Auswirkungen der diagnostizierten Erkrankungen nicht. Die Unterdrückung der Beschwerden mit Medikamenten stelle eine grosse Belastung für sie dar wegen der Angst um die verbliebene Niere. Obwohl fünf von sechs Gutachtern ausdrücklich erklärt hätten, die Beschwerdeführerin habe sich als konsistent erwiesen und auch aktiv und interessiert mitgearbeitet, falle die neuropsychologische Testung diesbezüglich anders aus. Sie hätte jedoch - wenn schon - bei den schwierigeren Aufgaben ein limitiertes Verhalten gezeigt und nicht bei den einfacheren. Bereits 2009 sei auf eine stark verlangsamte Arbeitsgeschwindigkeit hingewiesen worden. Das erwähnte Verhalten anlässlich der neuropsychologischen Beurteilung (eher schwacher Druck und zittrige Bewegungen beim Schreiben/Zeichnen) sei auf die Unfallfolgen zurückzuführen. Sie habe sich auf die Führung des Schreibwerkzeugs konzentrieren müssen, was sie in anderen Überlegungen eingeschränkt habe. Das ihr angelastete Verhalten in der neuropsychologischen Begutachtung sei daher nachvollziehbar. Auf eine bewusste Schlechterstellung oder Aggravation könne nicht geschlossen werden. Auf das Vorbringen zur Observation sei die Beschwerdegegnerin nicht eingegangen. Zusammenfassend sei das vorliegende Gutachten mangelhaft (act. G 1).

B.b. Mit Beschwerdeantwort vom 5. Juli 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 7). Das Observationsmaterial sei durch den Haftpflichtversicherer beigebracht worden. Dieser handle nicht hoheitlich und unterstehe daher nicht den Garantien der EMRK. Das Observationsmaterial sei somit ohne Weiteres verwertbar. Bezüglich der neu entdeckten Raumforderung am Hals bestehe kein Anhaltspunkt für eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die multiple Problematik an den Händen sei seit Langem bekannt. Es werde lediglich beschrieben, die Beschwerdeführerin habe von verstärkten Beschwerden berichtet. Anzeichen für eine Veränderung ausserhalb des Rahmens der zu erwartenden Schwankungen seien nicht erkennbar. In der Konsensbeurteilung der Arbeitsfähigkeit (in angestammter Tätigkeit) gingen die Gutachter von einer vorwiegend stehenden, ansonsten leichten,



aber auch feinmotorisch anspruchsvollen Tätigkeit aus und nähmen dabei eine erhebliche Einschränkung an. Als Adaptationskriterien nannten sie eine vorwiegend sitzende, leichte und wenig manuell belastende Tätigkeit ohne feinmotorisch hohe Ansprüche. Dass die Beschwerdeführerin in einer sitzenden Tätigkeit deutlich leistungsfähiger sei als in einer vorwiegend stehenden Arbeit mit hohen Ansprüchen an die Feinmotorik, leuchte ohne Weiteres ein. Dass sie dabei auch keine wesentlichen qualitativen Einbussen hinnehmen müsse, wenn keine feinmotorisch hohen Ansprüche herrschten, sei ebenso plausibel. Daher sei kein innerer Widerspruch erkennbar in der Differenz zwischen den beiden Einschätzungen. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt weise genügend offene Stellen auf, die den umschriebenen Adaptationskriterien genügten. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt sei ein abstrakter Begriff, weshalb es ihr, der Beschwerdegegnerin, nicht obliege, konkrete Stellenbeispiele zu nennen. Die Adaptationskriterien seien nicht so eng gefasst, dass die Restarbeitsfähigkeit nicht mehr verwertbar sei (act. G 7).

B.c. Mit Replik vom 14. September 2019 legt die Versicherte einen Bericht von Dr. H. ___ vom 29. August 2017 betreffend Beschwerden und Infiltration der Finger ins Recht (act. G 10-1). Weiter trägt sie vor, ob der Haftpflichtversicherer den EMRK-Garantien unterstehe, könne offen bleiben. Wesentlich sei, dass die Aufnahmen zeigten, dass sie an diversen gesundheitlichen Problemen und Einschränkungen leide. Die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei unter der Prämisse erfolgt, dass sie im Normalfall keine oder nur wenige Medikamente benötige. Tatsächlich wäre bei einer Erwerbstätigkeit der Medikamentenbedarf ein Mehrfaches höher und damit (aufgrund der Tatsache, dass sie nur über eine Niere verfüge), ein relevantes Hindernis für die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit. Die Schwankungen der Ausprägung der Beschwerden hätten ein für die Arbeitsfähigkeit relevantes Ausmass. Bezüglich der Hände bestünden aufgrund der Schmerz- und Arthroseproblematik objektivierbare Behinderungen der Funktionalität. Eine sitzende manuelle Tätigkeit sei zweifellos mit feinmanuellen Anforderungen verbunden. Für gemäss Gutachten adaptierte Tätigkeiten bestehe kein ausgeglichener Arbeitsmarkt. Sie sei in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit deutlich leistungsfähiger als in einer vorwiegend stehenden Tätigkeit mit hohen Ansprüchen an die Feinmotorik. Damit werde im Prinzip die angestammte Tätigkeit umschrieben. Aktuell werde ihr weder von den Gutachtern noch von der



St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin unterstellt, eine adaptierte Tätigkeit könnte vorwiegend stehend ausgeführt werden. Tätigkeiten mit einer chronischen Beanspruchung des rechten Handgelenks würden zu einem baldigen schmerzbedingten Abbruch führen. In Anbetracht dessen seien von der Beschwerdegegnerin konkrete Stellenbeschreibungen (nicht offene Stellen) zu nennen. Die Einschränkung durch die problematische Sehfähigkeit bzw. den Schwindel liesse sich beispielsweise durch ein Arbeitstraining objektivieren (act. G 10).

B.d. Die Beschwerdegegnerin macht mit Duplik vom 20. Oktober 2017 geltend, das Observationsmaterial wäre auch verwertbar, wenn dies nach denselben Kriterien wie bei durch Sozialversicherungen angeordneten Überwachungen zu beurteilen wäre. Aus der Replik und den neu ins Recht gelegten Arztberichten ergebe sich keine Verschlechterung des Gesundheitszustands. Die Adaptationskriterien umfassten keine feinmotorisch hohen Ansprüche. Die Beschwerdeführerin gehe aber von Tätigkeiten ohne feinmanuellen Anforderungen aus. Damit würden die Anforderungen künstlich erhöht bzw. werde das Spektrum der in Frage kommenden Arbeiten unzulässig eingeschränkt. Eine Tätigkeit an der Kasse eines Ladens wäre der Beschwerdeführerin zumutbar (act. G 12).

B.e. Mit Eingabe vom 23. Januar 2019 reicht die Beschwerdeführerin weitere medizinische Akten ein: Berichte von Dr. H.____ vom 19. Januar 2018 (act. G 14.1), vom 1. März 2018 (act. G 14.2), vom 7. Juli 2018 (act. G 14.3), vom 30. August 2018 (act. G 14.4), einen Verlegungsbericht der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 11. September 2018 (act. G 14.5), einen Austrittsbericht der Klinik Q.____ vom 6. Dezember 2018 über den dortigen Aufenthalt vom 11. September bis 6. Oktober 2018 (act. G 14.6) sowie einen Bericht von Dr. B.____ vom 18. Januar 2019 (act. G 14.7). Die genannten Berichte belegten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und hätten auch Gültigkeit für die Zeit vor Erlass der Verfügung vom 6. April 2017. Sie widerlegten die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (act. G 14).

B.f. Die Beschwerdegegnerin nimmt am 18. Februar 2019 Stellung, aus den neu eingereichten Berichten lasse sich nichts herleiten, was die angefochtene Verfügung als rechtswidrig erscheinen lassen könnte. Differenzen zur gutachterlichen



Einschätzung erklärten sich durch die unterschiedlichen Rollen von behandelnden Ärzten und Gutachtern, allenfalls auch durch eine hier nicht relevante gesundheitliche Entwicklung seit dem Verfügungsdatum (act. G 16).

Erwägungen

1.

1.1. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.).

1.3. Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person



mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

1.4. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

1.5. Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat



das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

2.

Zu befinden ist über die Beweistauglichkeit des Gutachtes der medexperts AG vom 7. September 2016.

2.1.

Die Begutachtung erfolgte in Kenntnis der Ergebnisse der Observation vom November 2009 und Juni 2010 (IV-act. 93). 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 377, E. 4; vgl. auch Urteil vom 18. August 2017, 8C_69/2017, E. 4.1). Indes beurteile sich die beweismässige Verwertbarkeit der Observationsergebnisse nach schweizerischem Recht und sei aufgrund eines überwiegenden Interessens an der Missbrauchsbekämpfung gegeben, sofern 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 377 E. 5.1.1). Die Überwachung im öffentlichen Raum betrifft Tatsachen, welche sich im öffentlichen Raum verwirklichen und von jedermann wahrgenommen werden können, ohne dass körperliche oder rechtlich-moralische Schranken überwunden werden müssten (BGE 137 I 336 E. 6.1 f.).

2.2. Bei der neuropsychologischen Untersuchung in der Klinik Bellikon vom 27. Januar 2009 zeigte eine mittelschwere bis schwere, unspezifische neuropsychologische Störung, die die Beschwerdeführerin deutlich einschränke und eine verwertbare Arbeitsleistung verunmögliche (IV-act. 29-22). Die Symptomvalidierung ergab deutliche Anzeichen für eine bewusstseinsferne Verdeutlichung der Beschwerden (IV-act. 29-21). Zudem verzögerte sich die Heilung der Unfallfolgen offensichtlich. Somit bestand ein hinreichender Anfangsverdacht für die Observation. Dies gilt erst recht für die zweite Beobachtungsphase, nachdem die Eingliederung bei B.____ gescheitert war (vgl. IV-act. 53). In zeitlicher und örtlicher Hinsicht war die Observation rechtmässig. Hinzu kommt, dass zwischen dem observierten Verhalten einerseits und den berichteten Beschwerden und Befunden andererseits keine relevante Diskrepanz besteht (s. dazu unterstehende E. 3), so dass in antizipierter Beweiswürdigung davon auszugehen ist, eine erneute Begutachtung ohne Berücksichtigung des Observationsmaterials würde



keine wesentlich andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergeben. Dass den Gutachtern das Observationsmaterial zur Verfügung stand, vermag somit die Beweistauglichkeit des Gutachtens nicht aufzuheben.

3.

3.1. Anlässlich der Begutachtung beklagte die Beschwerdeführerin im Vordergrund stehende stechende Schmerzen am rechten Sprunggelenk. Das Gehen auf ebener Erde sei einigermaßen möglich. Treppen könne sie ganz schlecht steigen. Sie habe in den vorangegangenen zwei Jahren häufig Schwellungen am rechten Knöchel, abends mehr als morgens, sodass sie häufig zwei unterschiedliche Schuhgrößen verwende. Sie könne etwa einen bis zwei Kilometer gehen, manchmal müsse sie hinken (IV-act. 196-32, 44). Seit der Sprunggelenksfraktur spüre sie eine Beweglichkeitseinschränkung am rechten Sprunggelenk, so dass sie nicht mehr in die Hocke gehen, rennen oder wandern könne (IV-act. 196-49). Der orthopädische Gutachter erhob im Befund, das Gangbild sei rechts hinkend, ohne Abrollen des rechten Fusses. Spitzen- und Fersenstand rechts seien reduziert (IV-act. 196-34, 67). Am rechten OSG finde sich eine leichte Umfangvermehrung. Die Bewegungsüberprüfung sei schmerzhaft, rechtsseitig endgradig eingeschränkt (IV-act. 196-35, 68). Der Röntgenbefund des rechten OSG zeigte eine vollständig knöchern konsolidierte Fraktur, geringgradige Randosteophyten und eine Verschmälerung des distalen fibulotalaren Gelenkabschnitts sowie eine kleine schalenförmige knöcherne Struktur an der Fibulaspitze und eine geringgradige Auflockerung der Knochenstruktur in der lateralen Talusschulter (IV-act. 196-37, 68). Das rechte OSG zeige zwei von kaudal eingebrachte Osteosyntheseschrauben ohne Materialbruch- oder Lockerungszeichen und ohne Stufenbildung im Bereich der Gelenkfläche (IV-act. 196-68). Gemäss Gutachten der Rehaklinik Bellikon vom 30. April 2009 könne die Beschwerdeführerin während etwa einer Stunde am Stück gehen und stehen. Danach sei eine Pause mit Hochlagern des rechten Beines erforderlich. Heben und Tragen seien aufgrund der reduzierten Standfähigkeit bis 15 bis 20 kg möglich (IV-act. 196-97). Daran und somit an der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Versandmitarbeiterin habe sich (bezüglich des Sprunggelenks aus orthopädischer Sicht) seither nichts verändert (IV-act. 196-68). Der rheumatologische Gutachter führte aus, das Unfallereignis bzw. die Operation am Malleolus medialis rechts habe zu belastungsabhängigen Dauerschmerzen geführt. Der Gang sei hinkfrei, wobei sich beim Aufstehen ein leichtes Anlaufhinken rechts zeige (IV-act. 196-44, 45). Der neurologische Gutachter hielt zu den Beschwerden durch das Sprunggelenk fest, bei Zustand nach Sprunggelenksfraktur rechts bestünden keine Symptome einer



Nervenläsion der Nn. peroneus und tibialis rechts, die auch bislang nicht dokumentiert seien. Die von der Versicherten berichtete Einschränkung der Fussbeweglichkeit rechts dürfte bei aktiv und auch passiv eingeschränkter Beweglichkeit durch Sprunggelenksarthrose bedingt sein, ebenso die sprunggelenksbedingten Einschränkungen bei längerem Gehen, Hocken und schnellem Laufen (IV-act. 196-53). Aus rheumatologischer und polydisziplinärer Sicht diagnostizierten die Gutachter hinsichtlich des Sprunggelenks eine endgradig schmerzhafteste Bewegungseinschränkung und Schwellneigung am rechten OSG, Status nach Malleolarfraktur und Syndesmose-ruptur des OSG am 14. Februar 2008, osteosynthetisch versorgt, ohne wesentliche degenerative Veränderungen (IV-act. 196-62), und kamen zum Schluss, in der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin eines Versandhauses (Prüfung und Bearbeitung der Retouren) bestehe überwiegend wegen persistierender und belastungsabhängiger OSG-Beschwerden eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von (40% bis) 50% (IV-act. 196-46, 70). In adaptierten, (unter anderem) überwiegend sitzenden Tätigkeiten liege keine wesentliche Arbeitsunfähigkeit vor (IV-act. 196-46, 47, 70).

3.2.

3.2.1. Bezüglich Armen und Händen schilderte die Beschwerdeführerin, sie habe Schmerzen am linken Handgelenk und an beiden Daumen. Sie könne beispielsweise mit der rechten Hand schlecht eine Flasche öffnen (IV-act. 196-32). Die Fingergelenke seien häufig geschwollen, manchmal bestünden Kribbelgefühle Dig I bis Dig III rechts (IV-act. 196-32 f.). Der rechte Arm sei immer geschwollen. Sie habe eine Arthrose und im rechten Daumen wenig Kraft (IV-act. 196-38).

3.2.2. Die im Rahmen der Begutachtung angefertigten Röntgenbefunde vom 10. August 2016 der Hand und des Handgelenks ergaben eine fortgeschrittene Rhizarthrose rechts und eine STT-Arthrose rechts, eine vollständig knöchern konsolidierte distale Radiusfraktur, geringe degenerative Veränderungen der Fingergelenke Punctum maximum DIP II beidseits, ein geringfügiges Ulna-plus wohl bei etwas verkürztem Radius sowie eine moderate Irregularität der subchondralen Knochenlamelle nach stattgehabter intraartikulärer Fraktur (IV-act. 196-36). Der orthopädische Gutachter beschrieb eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung endgradig des linken Handgelenks geringen Ausmasses. Das rechte Daumensattelgelenk sei in der Beugefähigkeit eingeschränkt. Es bestehe eine Druckdolenz in den Daumensattelgelenken beidseits, links mehr als rechts. Gelenkschwellungen seien nicht vorhanden, der Faustschluss sei vollständig.



Sämtliche Langfinger könnten frei bewegt werden. Aktuell seien keine Gefühlsstörungen vorhanden, insbesondere nicht bei Dig I bis II rechts (IV-act. 196-34 f.). Der rheumatologische Gutachter führte aus, die Operation der Fraktur am Endglied des rechten Daumens habe zu belastungsabhängigen persistierenden Schmerzen geführt. In der rechten Hand habe die Beschwerdeführerin weniger Kraft und sei feinmotorisch beeinträchtigt. Hinzugekommen sei "dieses Jahr" (2016) auch eine Gefühlsstörung in den Fingern II bis IV rechts. Die oberen Extremitäten seien frei beweglich bei beginnenden Fingerpolyarthrosen an den Fingern II und III. Es bestehe eine leichte Krepitation in den Daumenwurzelgelenken mit Druckdolenz und ebenso in den Grundgelenken. Die Griffkraft betrage bereits unter Grimassieren 0 kg (IV-act. 196-45 f.). Aus rheumatologischer Sicht reduzierten die vorwiegend degenerativ bedingten Einschränkungen an den Fingergelenken zusammen mit den sich vorrangig auswirkenden Beschwerden des OSG die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit um 40% bis 50% (IV-act. 196-47). Der neurologische Gutachter notierte, am rechten Daumen sei nach der unfallbedingten Fraktur eine Bewegungseinschränkung zurückgeblieben, so dass sie bei Tätigkeiten wie beim Annähen von Knöpfen oder beim Öffnen einer Flasche nicht mehr so geschicklich sei. Gelegentlich habe sie stichartige Schmerzen am Daumenrücken. Seit Juni 2016 leide sie an einem Taubheitsgefühl der Fingerkuppen des 2. bis 4. Fingers rechts (IV-act. 196-48). Diese seien nach bereits erfolgter neurologischer Diagnostik Folge einer sensiblen Druckschädigung des N. medianus am rechten Handgelenk, wohl im Sinne eines Carpaltunnelsyndroms. Sie seien auch nicht nervenwurzeltypisch verteilt. Sollten sie zunehmen, könnte durch konservative und gegebenenfalls operative Behandlung Besserung erzielt werden. Eine neurogene Ursache der Beweglichkeitseinschränkung in Kombination mit Schmerzen am rechten Daumen finde sich nicht (IV-act. 196-53). Der rheumatologische Gutachter berücksichtigte linksbetonte Rhizarthrosen beidseits, belastungsabhängige Restbeschwerden bei Status nach Basisfraktur des Endglieds des rechten Daumens sowie beginnende Fingerpolyarthrosen speziell II und III (IV-act. 196-68). Polydisziplinär diagnostizierten die Gutachter eine endgradige Einschränkung der Beugefähigkeit des Mittelgelenks des rechten Daumens bei Status nach Basisfraktur Dig I rechts mit Ausriss des radialen Kollateralbandes (Reposition und Spickdrahtosteosynthese am 15. Februar 2008), eine endgradige schmerzhafteste Bewegungseinschränkung des linken Handgelenks bei Status nach distaler Radiusfraktur am 13. Januar 2015, osteosynthetisch versorgt, Status nach Metallentfernung und Tenoarthrolyse am Handgelenk links am 9. Februar 2016, Beschwerden am PIP und DIP D II und D III rechts, radiologisch geringe degenerative Veränderungen als Zeichen beginnender Fingerpolyarthrosen speziell II und III, sowie Schmerzen an den Daumengelenken



beidseits bei radiologischer Rhizarthrose rechts und STT-Arthrose links (IV-act. 196-62).

3.2.3. Dr. H.____ berichtete am 9. Februar 2017 über eine beginnende Bouchard-Arthrose, eine Heberdenarthrose D II/D III, eine bekannte Rhizarthrose links und über eine leichte Bewegungseinschränkung DIP D I rechts. Eine Spritze im Bereich des linken STT-Gelenkes und des Daumensattelgelenkes habe der Beschwerdeführerin vorübergehend geholfen. Ausserdem beklage die Beschwerdeführerin Schmerzen am Handrücken links. Sie erhob eine Druckdolenz über dem Daumensattelgelenk links, eine Schmerzhaftigkeit bei der Opposition und beim Stauchen (wohl des Daumensattelgelenks), ein Schmerzhaftigkeit über den Strecksehnen und den Metacarpalia am Handrücken beim Faustschluss sowie eine leichte Verdickung aller Gelenke im Sinne einer beginnenden Polyarthrose beider Hände (IV-act. 201-10 f.). Diese Befunde entsprechen in etwa jenen zum Zeitpunkt der Begutachtung, ausser dass damals eine zeitweise Schwellung der Fingergelenke bereits beklagt, im orthopädischen Befund jedoch nicht festgehalten wurde, und dass neu von einem schmerzhaften Handrücken beim Faustschluss berichtet wird. Am 19. Januar 2018 beschreibt Dr. H.____ einen nach erfolgter Infiltrationen gut gelingenden Faustschluss und eine freie Fingerstreckbarkeit bei allerdings vorhandener Druckdolenz und Schwellung über den PIP-Gelenken vom Zeige- bis zum Ringfinger (act. G 14.1), womit der Zustand jenem zum Zeitpunkt der Begutachtung nahe gekommen sein dürfte. Erst in den Berichten vom 1. März 2018 (act. G 14.2) und vom 7. Juli 2018 (act. G 14.3) berichtet sie von einer durch Infiltration wiederum verbesserten Verplumpung des Daumensattelgelenks und einer Verplumpung und Verdickung weiterer Fingermittel- und -endgelenke. Im Bericht vom 30. August 2018 beschreibt sie im Befund ausgeprägte Heberdenarthrosen der Langfinger, insbesondere D II/III rechts und D II links sowie Bouchardarthrosen D II/III (act. G 14.3). Aufgrund des von Dr. H.____ berichteten Verlaufs ist davon auszugehen, dass sich im massgeblichen Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung im April 2017 der Zustand hinsichtlich der Finger noch in etwa gleich präsentierte wie von den Gutachtern erhoben. Anhaltspunkte für eine massgebliche Verschlechterung mit Auswirkung auf die Funktionsfähigkeit der Hände ergeben sich erst aus den Berichten vom 7. Juli und 30. August 2018. Diese wäre gegebenenfalls im Rahmen einer Wiederanmeldung bzw. eines Revisionsgesuchs zu berücksichtigen.

3.2.4. Der rheumatologische Gutachter hielt fest, es bestünden Einschränkungen der kraftmässigen oder feinmotorischen Beanspruchungen der rechten Hand (IV-act. 196-46). Orthopädischerseits wurde ausgeführt, seit den Begutachtungen vom



30. April 2009 und vom 10. November 2010 sei eine qualitative Einschränkung durch die schmerzhafteste Bewegungseinschränkung des linken Handgelenks nach distaler Radiusfraktur links vom 2. Januar 2015 hinzugekommen. Es bestünden Beeinträchtigungen bei manuellen Tätigkeiten (IV-act. 196-68). Als qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seien feinmotorische manuelle Tätigkeiten nicht mehr zumutbar (IV-act. 196-70). Für die bisherige Tätigkeit nahm der rheumatologische Gutachter eine Einschränkung von 40% bis 50% an, die er jedoch überwiegend mit den durch die Beschwerden des Sprunggelenks verursachten Einschränkungen begründete (IV-act. 196-46, 70). Bereits im physikalisch-medizinischen Bericht der Rehaklinik Bellikon war hinsichtlich des Daumens ausgeführt worden, der rechte Daumen sei in seiner Beweglichkeit aufgrund der beim Unfall erlittenen Verletzung und der anschliessend durchgeführten operativen Versorgung reduziert. Die Versicherte sei hier in der Greiffunktion, die erhöhte Anforderungen an Feinmotorik und Kraft stelle, leicht eingeschränkt. Darüber hinaus seien diese Beschwerden nicht erklärbar (IV-act. 29-36). In Anbetracht dessen, dass zum Begutachtungs- und Verfügungszeitpunkt zwar die Beschwerden am Daumensattelgelenk bestanden, die Arthrosen in der Mittelhand und den übrigen Fingern jedoch noch nicht sehr ausgeprägt waren, erscheint nachvollziehbar, dass die Gutachter aus Sicht der Handbeschwerden eine manuelle Tätigkeit ohne besonderen feinmotorischen Anforderungen zu 100% zumutbar erachteten.

3.3. Die Beschwerdeführerin gab an, sie leide seit dem Unfall vorwiegend bei Wetterwechsel regelmässig unter ein bis maximal drei Tage anhaltenden Kopfschmerzen bzw. unter Nackenschmerzen mit Ausstrahlung zum Hinterkopf rechts sowie unter "Blitzschwindelattacken". Wenn sie Kopfschmerzen habe, verdunkle sie die Wohnung und lege sich ins Bett. Die kurz dauernden Schwindelattacken träten täglich teils auch mehrfach auf in Form eines attackenartigen Gefühl eines Körperschwankens. Sie befürchte jeweils zu stürzen, was bisher nur einmalig vorgekommen sei (IV-act. 196-38, 44, 48). Weiter habe sie seit dem Unfall Schmerzen an den Hüften, links mehr als rechts, und mitunter an der HWS und an der LWS (IV-act. 196-33). Der neurologische Gutachter der Rehaklinik Bellikon hatte dazu ausgeführt, beim Kopfschmerz handle es sich um einen Medikamentenübergebrauchskopfschmerz. Die Symptomatik könne nicht auf eine somatisch-strukturelle Verletzung des Nervensystems zurückgeführt werden (IV-act. 29-11). Im aktuellen neurologischen Teilgutachten wurde dazu festgehalten, unter Berücksichtigung der Informationen zu den Unfallfolgen lasse sich ein Schädelhirntrauma leichter Art feststellen, am ehesten im Sinne einer Gehirnerschütterung. Auch bei sehr leichten hirutraumatischen Schädigungen könne es



zu Kopfschmerzen kommen, dies allerdings nur für einen begrenzten Zeitraum (IV-act. 196-52). Die Beschwerdeführerin gebe aktuell keine Dauerkopfschmerzen an, sondern Kopfschmerzattacken maximal wöchentlich, beeinflussbar durch Paracetamol und Novalgin. Die Kopfschmerzen liessen sich unter Berücksichtigung der Diagnosekriterien am ehesten als Migräne mit einfachen Attacken einordnen bzw. es lasse sich die Diagnose einer beginnend chronifizierenden Migräne stellen (vgl. IV-act. 196-62). Bei guten Therapieoptionen ergäben sich keine dauerhaften Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Die Auswirkungen der chronischen Nackenschmerzsymptomatik seien orthopädisch zu beurteilen, da keine cervikale Wurzelreizsymptomatik vorliege. Auch bestehe keine cervikale Wurzelkompression, denn sensomotorische Störungen mit Wurzelbezug fehlten (IV-act. 196-53). Für die Schwindelattacken fänden sich keine Hinweise auf eine neurologische Ursache. Insofern handle es sich am ehesten um einen phobischen Attackenschwankschwindel, der eine gute therapeutische Prognose habe. Bis zur Erreichung der Besserung sollten keine Tätigkeiten durchgeführt werden, die eine gute Rumpfsicherheit verlangten (IV-act. 196-54).

3.4. Die Röntgenaufnahmen vom 10. August 2016 zeigen eine geringfügige Höhenminderung HWK 4/5 und eine mässige Höhenminderung der Bandscheibe HWK 5/6, mässige bis mittelgradige Unkarthrosen betont im unteren HWS-Bereich sowie eine geringe Degeneration der Gelenkfacetten (IV-act. 196-36, 68). Weiter zeigten sich bildgebend eine Übergangsstörung an der LWS (IV-act. 196-36), am rechten Hüftgelenk eine geringgradige Hüftdysplasie mit reduzierter Überdachung des Femurkopfes ohne Zeichen einer signifikanten Arthrose (IV-act. 196-36, 68) und am linken Hüftgelenk ein kleiner acetabulärer Randosteophyt mit angedeuteter Pseudozyste (IV-act. 196-37, 68). Im klinischen Befund erhob die orthopädische Gutachterin einen Kalottenklopfeschmerz sowie eine Druckdolenz und schmerzhafte Bewegungseinschränkung der HWS, im unteren Abschnitt der LWS einen Druck- und Klopfeschmerz und eine schmerzhaft eingeschränkte Inklination (IV-act. 196-34). Die Beweglichkeit der Hüfte war im Bewegungsausmass frei, verursachte aber rechts mehr als links Schmerzen (IV-act. 196-35). Der rheumatologische Gutachter fand ausgedehnte myofasziale Druckdolenz der oberen Nackenregion und am Kopf beidseits occipital, temporal und mandibulär und ausgeprägt am linken Trochanter maior, wo die Beschwerdeführerin nach dem Unfall 2008 während langer Zeit ein grosses Hämatom gehabt habe (IV-act. 196-45). Im rheumatologischen Befund ist nicht vermerkt, dass die fibromyalgietytischen Punkte geprüft wurden, doch ist aufgrund der Vielfalt der Beschwerden und des dadurch beträchtlichen Informationsgehalts des Gutachtens anzunehmen, dass der Befund negativ war und deshalb nicht erwähnt



wurde. Die orthopädische Gutachterin hielt fest, aktuell klage die Beschwerdeführerin über chronische Nacken- und Rückenschmerzen (IV-act. 196-68), und erfasste diagnostisch ein cervicolumbales belastungsabhängiges Schmerzsyndrom bei radiologisch mässigen degenerativen Veränderungen und lumbosakraler Übergangsstörung (IV-act. 196-62). Dies schränke zwar die Arbeitsfähigkeit ein (vgl. IV-act. 196-62), jedoch nicht über das Ausmass der anderen Beeinträchtigungen hinaus (vgl. IV-act. 196-68). Zu den Hüftbeschwerden war im physikalisch-medizinischen Bericht der Rehaklinik Bellikon festgehalten worden, es sei wahrscheinlich, dass es sich hierbei um Residuen eines grossflächigen glutealen Hämatoms handle, welches nach dem Unfall bestanden habe. Die Hüftgelenksbeweglichkeit linksseitig sei vollumfänglich möglich, lediglich endgradig schmerzhaft im Bereich des Trochanter maior. Diese weichteilbedingten Beschwerden liessen sich durch die dokumentierbaren strukturellen Läsionen nicht erklären, insbesondere sei nicht plausibel, dass die Belastbarkeit der Versicherten hierdurch eingeschränkt sei (IV-act. 29-36). Auch Dr. med. R.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fand im Arztbericht vom 25. Dezember 2009 für die weiterhin beklagten Beschwerden im Bereich beider Hüftregionen kein pathomorphologisches Korrelat (IV-act. 35-7). Die Röntgenbefunde der Hüfte vom 10. August 2016 (vgl. IV-act. 196-36 f.) weisen gegenüber der von Dr. R.____ kommentierten Beckenübersichtaufnahme vom 7. Oktober 2008 insoweit keine zusätzlichen relevanten Pathologien auf, als bereits damals flache Pfannenanlagen beidseits mit mangelnder Kopfüberdachung beider Hüftgelenke, deutliche craniale Erker-Exophyten beidseits und eine angedeutete epiphysäre Kopfkongfiguration rechts beschrieben wurden (IV-act. 35-7). Somit ist nachvollziehbar, dass die orthopädische Gutachterin offenbar bezüglich der Hüfte nicht von einer seitherigen Veränderung ausgeht, da diese sonst im nachfolgenden Abschnitt, der sich ausdrücklich auf die seit 2009 eingetretenen neuen Befunde bzw. Diagnosen bezieht, erwähnt worden wäre (vgl. IV-act. 196-68). Es ist somit davon auszugehen, dass diese Beschwerden nach wie vor nicht erklärbar bzw. einer somatischen Diagnose zuzuordnen sind.

3.5.

3.5.1. Die Beschwerdeführerin schilderte weiter, sie sei sehr vergesslich geworden. Sie vergesse Gelesenes schnell und könne Filmen während einer halben Stunde folgen (IV-act. 196-38, 49).

3.5.2. Die neuropsychologische Gutachterin berichtete, die Untersuchung und das Anamnesegespräch hätten nicht standardisiert durchgeführt werden können. Es hätten



sich schwere Verhaltensauffälligkeiten im Test- und Arbeitsverhalten auch in Form eines aktiven Abbrechens von Aufgaben während der Bearbeitung gezeigt (IV-act. 197-7). Die Beschwerdeführerin habe keinen Augenkontakt aufgenommen. Sie habe sich benommen, wie wenn sie kein Deutsch verstehe und sich in ihrer Muttersprache (Dolmetscherin) nicht unterhalten könnte, und habe Sprachstörungen geltend gemacht. Ihre Angaben seien diffus und vage geblieben. Das Arbeitstempo sei sehr langsam, das Vorgehen zähflüssig und zögerlich gewesen. Insgesamt habe ein maximales Vermeidungsverhalten bestanden. Demgegenüber habe sie sich in den Pausen schnell und problemlos entfernen und danach den Untersuchungsort wieder selbständig finden können. Sie habe ausführlich und differenziert über Beschwerden und Symptome berichten können (IV-act. 197-5). In den untersuchten kognitiven Bereichen hätten sich abgesehen von wenigen Ausnahmen mittelschwere bis schwere, schwere und sehr schwere Auffälligkeiten gezeigt. Die inhaltliche Bearbeitung von (auch komplexeren) Aufgaben sei weitaus besser als die zeitliche gegeben gewesen (IV-act. 197-7). In einem Symptomvalidierungsverfahren zur Aufmerksamkeit hätten die Ergebnisse auf Zufallsniveau gelegen. Die Versicherte habe eine Sehstörung (Doppelbilder) angegeben, wobei sie aber bis zum Schluss auch visuell anspruchsvolle Aufgaben problemlos gezielt und genau habe ausführen können. Hier zeige sich sowohl im Aufmerksamkeits- als auch im visuellen Bereich eine maximale Diskrepanz. Auch in anderen Testverfahren hätten sich Hinweise für Ergebnisse auf Zufallsniveau ergeben, in einem Testverfahren sogar darunter. Es bestünden Diskrepanzen innerhalb von und zwischen kognitiven Funktionen, zwischen kognitiven Funktionen und Fähigkeitsebene sowie zwischen Fähigkeits- und Partizipationsebene. Im Vergleich zur neuropsychologischen Erstuntersuchung hätten sich quantitativ hoch signifikante Verschlechterungen bei qualitativ aber ähnlichen Befunden gezeigt. Bereits damals sei die Symptomvalidierung auffällig gewesen. Es ergebe sich aus der neuropsychologischen Testung die Evidenz einer wahrscheinlichen kognitiven Antwortverzerrung. Es müsse von Aggravation ausgegangen werden (IV-act. 197-7).

3.5.3. Der psychiatrische Gutachter konnte beklagte Konzentrationsstörungen über die ganze Untersuchung nicht objektivieren. Die Beschwerdeführerin habe prompt und geordnet auf die gestellten Fragen eingehen können. Gedächtnis, Konzentrationsvermögen und Aufmerksamkeit hätten keine groben Auffälligkeiten aufgewiesen. Es hätten sich keine Hinweise auf Verdeutlichung und/oder Aggravation gefunden (IV-act. 196-39). Zur Konsistenz führte der psychiatrische Gutachter aus, die Angaben der Beschwerdeführerin seien in sich konsistent. Es bestünden Diskrepanzen zwischen den geschilderten Symptomen und dem gezeigten Verhalten in der



Untersuchungssituation. In der neuropsychologischen Untersuchung dominiere ein dysfunktionales Testverhalten mit Aggravation (IV-act. 196-42). Der neurologische Gutachter führte im neurologischen Status aus, die Beschwerdeführerin habe etwas abgespannt gewirkt, fraglich etwas müde, habe jedoch im Verlauf des Gesprächs keine weiteren Ermüdungserscheinungen und keine Einschränkung von Aufmerksamkeit und Konzentration gezeigt. Alle Informationen seien ohne Zuhilfenahme mitgebrachter Unterlagen erinnert worden. Die Beschwerdeführerin sei durchaus so aufmerksam gewesen, dass sie kleine Fehlerfassungen des Referenten habe identifizieren und korrigieren können. Der Gesprächsfluss sei relativ schnell gewesen und es hätten keine verzögerten Antwortlatenzen beobachtet werden können. Fragen seien klar und präzise beantwortet worden. Sie habe die Intention des Referenten erfassen und auch logisch-abstrakte Gedankengänge durchführen können. Hinweise für konsistente Gedächtnisstörungen, Aphasie, Apraxie oder Agnosie hätten sich nicht ergeben (IV-act. 196-50 f., 53). Zwar könne es auch bei sehr leichten hirntraumatischen Schädigungen zu neurokognitiven Einschränkungen kommen, dies allerdings nur für einen begrenzten Zeitraum (IV-act. 196-52). Nach der aktuellen Untersuchung und unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Befunde bestünden keine ausreichenden Hinweise für eine hirnorganische neurokognitive Einschränkung und/oder hirnorganische Wesensänderung. Die Beschwerdeführerin berichte unspezifische neurokognitive Einschränkungen wie Störungen der Konzentration und der Aufmerksamkeit, die dann auch zum Gefühl der Merkfähigkeitsstörung beitragen. Die Merkfähigkeit sei jedoch abhängig von der Situation. Im Alltagsbereich stelle sie sich nicht so deutlich dar wie spezifisch beim Lesen und sei auch geringer beim Fernsehen. Gravierende Fehlleistungen im Alltag würden nicht dargestellt. Die neuropsychologischen Untersuchungen, auch jene aus dem Jahr 2009, ergäben kein Bild eines typischen Schädigungsmusters einer traumatischen Hirnsubstanzschädigung (IV-act. 196-52). Das bei den Testungen demonstrierte eher deutliche neurokognitive Defizit sei somatisch, auch unter klinisch-neurologischen Gesichtspunkten, nicht erklärbar. Aus neurologischer Sicht könne trotz angegebener neurokognitiver - unspezifischer - Störungen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erkannt werden, weil die angegebenen Defizite nicht hirnsubstanzuell zu begründen seien (IV-act. 196-53).

3.5.4. Insgesamt sind die neuropsychologischen Testergebnisse nicht nur in sich inkonsistent, sondern auch zum Befund der psychiatrischen und neurologischen Untersuchung. Die Diskrepanzen lassen sich weder psychiatrisch noch neurologisch erklären. Jedenfalls ist der gesamtgutachterliche Schluss, eine neurokognitive



Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht feststellen, nachvollziehbar. Bereits in der neuropsychologischen Untersuchung vom 27. Januar 2009 hatten sich deutliche Beeinträchtigungen bei der Aufmerksamkeitsbelastung, der visuell-räumlichen und sprachlichen Merkfähigkeit sowie der figuralen und phonematischen Fluenz gezeigt. Computergestützte Verfahren zur Prüfung der Aufmerksamkeitsfunktionen hatten schwere Störungen der geteilten Aufmerksamkeit sowie leicht bis mittelgradige Defizite im Bereich der selektiven Aufmerksamkeit ergeben. Zudem hatten eine deutliche Verlangsamung sowie eine sehr geringe psychophysische Belastbarkeit mit allgemein limitierender Auswirkung auf die kognitive Leistungsfähigkeit bestanden. Insgesamt entsprachen die Befunde einer mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Störung. Die Symptomvalidierung hatte deutliche Anzeichen für eine bewusstseinsferne Verdeutlichung der Beschwerden ergeben, unter anderem verbunden mit einem sekundären Krankheitsgewinn. Eine bewusstseinsnahe Aggravation wurde eher ausgeschlossen (IV-act. 29-21). Unabhängig davon, ob die auffälligen neuropsychologischen Testergebnisse auf einer bewussten Aggravation, auf Nichtzurechtkommen mit den Testmethoden, auf schlichter Unwilligkeit oder auf Abneigung beruhen, ist nicht zu erwarten, dass eine erneute neuropsychologische Testung zu einem zuverlässigen Ergebnis führen könnte. Mit dem psychiatrischen und neurologischen Gutachter, die anlässlich ihrer Untersuchung übereinstimmend keine schwerere Beeinträchtigung des Gedächtnisses, der Konzentration oder Aufmerksamkeit feststellen konnten, ist daher davon auszugehen, dass keine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden neurokognitiven Defizite bestehen. Zum Einwand, dass die Beschwerdeführerin in der neuropsychologischen Testung ein limitierendes Verhalten nicht bei einfachen, sondern bei schwierigen Aufgaben gezeigt hätte, sei darauf hingewiesen, dass die Neuropsychologie mitunter auch Testverfahren verwendet, die schwierig erscheinen, in Wirklichkeit aber einfach sind (sog. Testdeckeneffekt, vgl. Urteil des Versicherungsgerichts vom 16. August 2018, IV 2016/315, E. 3.3).

3.6. Der psychiatrische Gutachter konstatierte, die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung setzte voraus, dass die betroffene Person einem belastenden Ereignis oder einer Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses ausgesetzt gewesen sei, die bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung hervorrufen würde. Der erlittene Unfall könne nicht als solche angesehen werden. Er verneinte die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne der ICD-10:F43.1 nachvollziehbar sowohl hinsichtlich des Unfalls als auslösendem belastendem Ereignis als auch hinsichtlich der angegebenen Symptomatik (IV-act. 196-40 f). Dies vermag auch die im Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG



vom 11. September 2018 (act. G 14.5) erwähnte erneute Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht in Frage zu stellen, denn es wird dort nicht ausgeführt, inwiefern die vom Gutachter verneinten Diagnosekriterien dennoch objektiviert seien. Weiter führte der Gutachter aus, die Versicherte habe nach dem Unfall eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10: F43.22) entwickelt mit leichten Ängsten und Befürchtungen und Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Der chronische Verlauf der Anpassungsstörung sei in eine rezidivierende depressive Störung übergegangen, zum Teil mit Symptomen einer generalisierten Angststörung schwankenden Ausmasses, immer im Zusammenhang mit Schmerzempfindung und mit psychosozialen Belastungsfaktoren. Unter Berücksichtigung der DSM-5 Klassifikation könne zusammenfassend von einer chronischen Anpassungsstörung ausgegangen werden, multifaktoriell bedingt, bestehend aus einer Verarbeitungsstörung der Unfallfolgen sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht einerseits, andererseits im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungsfaktoren wie Invalidität des Ehemannes, mangelnde Sprachkenntnisse und mutmasslich Schwierigkeiten bei der soziokulturellen Eingewöhnung. Differenzialdiagnostisch komme auch eine somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren in Frage, denn zum Fortbestehen der Schmerzempfindung trügen psychosoziale Belastungsfaktoren bei. Die geschilderten Beschwerden wie Müdigkeit, Nachlassen der Kräfte und Mühe bei der Konzentration seien unspezifisch und könnten alleine die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nicht rechtfertigen. Aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht könne keine Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert werden (IV-act. 196-41); ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein Status nach leichter Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (IV-act. 196-62). Der psychiatrische Gutachter legte mit Bezug auf Berichte von Dr. B.____ vom 6. Oktober 2009, vom 29. März 2010 und vom 10. Januar 2012 dar, die Diagnose einer leichten Anpassungsstörung sei nachvollziehbar, diese sei in eine rezidivierende depressive Störung übergegangen (IV-act. 196-40 f.). Die (von Dr. B.____) attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50% ab Januar 2012 könne weder anhand des psychopathologischen Zustandsbildes von damals noch durch den Verlauf oder die aktuelle Diagnosestellung nachvollzogen werden (IV-act. 196-43). Dr. B.____ hatte auch gemäss Arztbericht vom 24. Dezember 2014 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischen Syndromen diagnostiziert (ICD-10: F33.8). Im Befund hatte er unter anderem eine im Verlauf des Gesprächs zunehmend nachlassende Konzentrationsfähigkeit, eine starke Einengung auf die negative Zukunftsperspektive, einen deprimierten, resignierten, mürrischen Affekt und



einen verminderten Antrieb erhoben und eine theoretische Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 50% angegeben. Diese bestehe seit einer Zunahme der depressiven Symptome im Herbst 2011 (IV-act. 153-3 f.). Der im psychiatrischen Gutachten beschriebene Psychostatus, u.a. ausgeglichene Stimmung bei guter Modulationsfähigkeit, gut aufnehmbarer affektiver Rapport, unauffällige Mimik, Gestik, Antrieb und Psychomotorik (vgl. IV-act. 196-39), lässt nachvollziehbar erscheinen, dass die depressive Symptomatik im Zeitpunkt der Begutachtung unter fortdauernder therapeutischer und medikamentöser Behandlung remittiert war. Nach Angabe der Beschwerdeführerin steht sie seit 2008 - offenbar durchgehend - in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung mit ein- bis zweimaligen Sitzungen pro Monat und war einige Male in tagesklinischer Behandlung (IV-act. 196-38 und 40). In einem Bericht vom 19. Januar 2019 bestätigte Dr. B.____ die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischen Symptomen (ICD-10: F33.11). Er nannte als vorliegende Diagnosekriterien eine ersichtliche depressive Grundstimmung, Freudlosigkeit und Interesselosigkeit, Antriebsstörungen, eine rasche körperliche und geistige Ermüdbarkeit, eine eingeschränkte Konzentrationsdauer, eine Selbstwertproblematik, Schlafstörungen sowie Appetitschwankungen. Weiter führte er aus, seit 23. Januar 2017 hätten insgesamt 16 therapeutische Sitzungen stattgefunden. Es müsse von einem bereits chronifizierten und grösstenteils therapieresistenten Krankheitsverlauf ausgegangen werden. Die Versicherte sei in einer Tätigkeit ohne sehr hohe Anforderungen an die Konzentrationsdauer, die geistige Flexibilität und Schnelligkeit sowie an die sozialen Interaktionen höchstens 50% arbeitsfähig. Die 50%ige Arbeitsunfähigkeit sei auf eingeschränkte Konzentrationsdauer, eingeschränkte geistige Flexibilität aufgrund der formalen Denkstörungen und Konzentrationsstörungen, eingeschränkte allgemeine psychophysische Belastbarkeit mit rascher körperlicher und geistiger Ermüdung und vermehrtem Erholungsbedarf, Antriebsstörungen und verlangsamte Psychomotorik zurückzuführen. Handschriftlich trägt der Bericht den Vermerk "seit Sommer 17" (act. G 14.7). Die Intensität der Behandlung entspricht nach wie vor ein bis zwei Sitzungen monatlich (16 Sitzungen seit Januar 2017), allerdings wurde offenbar nach der Begutachtung die Medikation (Cipralex, Lyrika) erhöht (vgl. IV-act. 196-38 und act. G 14.6-3). Dr. B.____ attestierte im Bericht vom 19. Januar 2019 keine höhere Arbeitsunfähigkeit als seit 2012. Somit ist zwar von kurzfristigen Schwankungen im Verlauf auszugehen, die jeweils durch Anpassung der Therapie aufgefangen werden. Dies war namentlich 2011 und wohl auch im Sommer 2017 (nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. April 2017 und damit grundsätzlich ausserhalb des vorliegend massgebenden Zeitraums, vgl. BGE 131 V 243 E. 2.1; BGE 129 V 4 E. 1.2 und Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.1, mit Verweisen)



der Fall. Doch lassen der Verlauf der Therapieintensität und der Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen den Schluss zu, dass eine längerfristige Veränderung der depressiven Symptomatik seit 2012 nicht eingetreten ist. Somit erscheint die gutachterliche Beurteilung auch im Längsverlauf nachvollziehbar.

3.7. Die internistische Gutachterin vermerkte, aus allgemein-internistischer Sicht bestünden keine Beschwerden. Seit 1996 sei die Beschwerdeführerin nephrektomiert, die entnommene Niere sei ihrem Ehemann transplantiert worden (IV-act. 196-59). Nephrologisch bestehe eine normale Nierenfunktion. Diese sei trotz nur Einnierigkeit bisher normal geblieben, eine signifikante Proteinurie bestehe nicht. Es sei nicht zu erwarten, dass eine relevante Nierenfunktionsstörung auftrete. Laborchemisch sei eine mittelgradig eingeschränkte Nierenfunktion festzustellen, die letzte Kontrolle diesbezüglich im Jahr 2014 sei noch unauffällig gewesen. Die Gutachterin diagnostizierte eine chronische Nierenkrankheit, Stadium 2, Status nach Nephrektomie rechts (IV-act. 196-60). Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 196-61). Diese Ausführungen sind widerspruchsfrei so zu verstehen, dass durch das Fehlen einer Niere die gesamte Nierenfunktion analog zu einer chronischen Nierenkrankheit, Stadium 2, eingeschränkt ist, die vorhandene Niere jedoch nach wie vor gesund ist und einwandfrei funktioniert. Aus den vorhandenen Akten ist nicht ersichtlich, dass die medikamentösen Therapiemöglichkeiten aufgrund der insgesamt reduzierten Nierenfunktion eingeschränkt wären. Das diesbezügliche Vorbringen der Beschwerdeführerin findet somit in den Akten keine Stütze. Insbesondere auch den ergänzend eingereichten Arztberichten (vgl. Sachverhalt B.e) ist entsprechendes nicht zu entnehmen. Aufgrund des neu als medikamenteninduziert erkannten Kopfschmerzes wurde ein Entzug von NSAR durchgeführt und ist die Beschwerdeführerin gehalten, künftig maximal 10 x wöchentlich NSAR zur Schmerzbekämpfung einzusetzen (act. G14.5 und 14.6).

3.8. Schliesslich macht die Beschwerdeführerin Sehstörungen (Doppelbilder) geltend. Gemäss Diagnose von Dr. med. S.____, Facharzt FMH für Augenheilkunde vom 7. September 2011, leidet die Beschwerdeführerin unter einem zur Zeit nicht adäquat ausgeglichenen Refraktionsfehler beider Augen (oculus uterque). Auffällige Organbefunde habe er nicht festgestellt und der Beschwerdeführerin das entsprechende Brillenrezept ausgehändigt (IV-act. 156-27). Der neurologische Gutachter befand, das angegebene Verschwommensehen sei eher akkomodativ. Es lägen keine Hinweise für eine Visusreduktion, für Gesichtsfelddefekte oder Augenbewegungsstörungen vor. Von augenärztlicher Seite werde im Bericht von Dr. S.____ eine volle Sehschärfe mitgeteilt (IV-act. 196-54). Somit ist auch diesbezüglich



nicht von einer schwereren und dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen, auch weil die Beschwerdeführerin anlässlich der neuropsychologischen Begutachtung trotz angegebener Sehstörung weiterhin visuell anspruchsvolle Aufgaben ausführen konnte (IV-act. 197-7).

3.9. Das Gutachten der medexperts AG vom 7. September 2016 berücksichtigt die im Zeitpunkt der Begutachtung vorhandenen Beschwerden und die vorhandenen medizinischen Akten vollständig. Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, es bestehe ein Widerspruch zwischen der Annahme einer lediglich 50%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit, ist zu berücksichtigen, dass der rheumatologische Gutachter die quantitative Einschränkung überwiegend mit den OSG-Beschwerden begründete (vgl. IV-act. 196-46). Es werden auch soziokulturelle und psychosoziale Belastungsfaktoren definiert und ausgeschieden wie Invalidität des Ehemannes, mangelnde Sprachkenntnisse und mutmasslich Schwierigkeiten bei der soziokulturellen Eingewöhnung (IV-act. 196-41). Falls die invaliditätsfremden Belastungsfaktoren, wie von der Beschwerdeführerin letztlich geltend gemacht, effektiv geringer wären als vom psychiatrischen Gutachter angenommen, ergäbe sich daraus in erster Linie ein entsprechend grösseres Ressourcenpotential, dem nicht ohne Weiteres eine Erhöhung des funktionellen Schweregrads der Beeinträchtigungen entspricht. Das Vorbringen, dass die Beschwerdeführerin eingebürgert und somit sprachlich und kulturell ausreichend eingegliedert sei, vermag somit für sich alleine die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht (massgeblich) zu entkräften. Die Gutachter beziehen auch Konsistenzermägungen in ihre Beurteilung ein, wobei insbesondere die geltend gemachten neuropsychologischen bzw. kognitiven Einschränkungen als inkonsistent erscheinen, nicht aber die von der Beschwerdeführerin angegebenen somatischen Einschränkungen. Insgesamt sind Einschränkungen, Ressourcen und Konsistenz berücksichtigt und die diagnostischen und arbeitsfähigkeitsbezogenen Beurteilungen nachvollziehbar und schlüssig. Auf das Gutachten der medexperts vom 7. September 2016 ist daher abzustellen.

4.

4.1. Die Beschwerdeführerin war an ihrem letzten Arbeitsplatz im Versandhandel im Stundenlohn angestellt, weshalb sie schwankende Einkommen erzielte (vgl. IV-act. 23). Die Arbeitgeberin bezifferte ihren monatlichen Durchschnittslohn mit Fr. 4'285.-- (IV-act. 22-110), sodass von einem Jahreseinkommen von Fr. 51'420.-- auszugehen ist. Dieses Einkommen entspricht ziemlich genau dem damaligen Durchschnittseinkommen gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) 2008 des Bundesamtes



für Statistik (BFS), Anforderungsniveau 4, Frauen von Fr. 51'368.-- (Infostelle AHV/IV, IV 2015, Bern 2015, Anhang 2), welches Grundlage für die Bemessung des Invalideneinkommens bildet. Es kann somit ein Prozentvergleich vorgenommen werden.

4.2. Gemäss Gutachten der medexperts AG ist die Beschwerdeführerin seit ihrem Unfall vom 14. Februar 2008 in ihrer angestammten, stehenden Tätigkeit zu 50% arbeitsunfähig (IV-act. 196-70). Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war demnach im Februar 2009 abgeschlossen. Die Beschwerdeführerin meldete sich am 22. August 2008 zum Leistungsbezug an, so dass ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab 1. Februar 2009 besteht (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). In einer adaptierten, vorwiegend im Sitzen zu verrichtenden Tätigkeit ohne Heben über 10 kg, ohne besonderen Anforderungen an die Gleichgewichtsregulation, ohne Überwinden von Höhendifferenzen und ohne erhöhten Anforderungen an die Rumpfsicherheit besteht seit 30. April 2009 eine volle Arbeitsfähigkeit, ab 13. Januar 2015 mit zusätzlicher Einschränkung bezüglich feinmotorischer manueller Tätigkeiten (IV-act. 196-70). Bis zum 1. Mai 2015 ist gemäss psychiatrischem Gutachten der Rehaklinik Bellikon von einer Arbeitsunfähigkeit von 20% auszugehen (IV-act. 29-15; IV-act. 29-30).

4.3. Zwischen dem potentiellen Beginn eines Rentenanspruchs am 1. Februar 2009 und dem Beginn der 100%igen Arbeitsfähigkeit am 30. April 2009 waren die Einschränkungen aufgrund des Unfalls vom Januar 2015 noch nicht vorhanden. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin durch die Beschwerden einerseits am OSG und andererseits am Daumensattelgelenk eingeschränkt war, rechtfertigt einen Tabellenlohnabzug von 10%. Somit resultiert für diese Zeitdauer ein Invaliditätsgrad von 28% ($1 - [0,9 \times 80\%]$). Aufgrund der anschliessenden 100%igen Arbeitsfähigkeit bestünde selbst unter Berücksichtigung des maximalen Tabellenlohnabzugs von 25% (BGE 126 V 80 E. 5b/bb-cc; 134 V 327 f. E. 5.2; Urteil 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

4.4.

4.4.1. Der als ausgeglichen unterstellte Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen vonseiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines



durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteile des Bundesgerichts vom 28. April 2010, 8C_1050/2009, E. 3.3, mit Hinweisen, und vom 29. August 2007, 9C_95/2007, E. 4.3). Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 460 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts vom 22. März 2012, 9C_153/2011, E. 3.1; und vom 28. Mai 2009, 9C_918/2008, E. 4.2.2 mit Hinweisen). Massgebend für die Beurteilung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist der Zeitpunkt des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit. Dies ist gegeben, sobald die medizinischen Unterlagen eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 461 f. E. 3.3 f.).

4.4.2. Im Zeitpunkt der Erstattung des Gutachtens am 7. September 2016 war die Beschwerdeführerin beinahe 60 Jahre alt. Da sie sowohl in stehenden und gehenden als auch in manuell-motorisch anspruchsvollen Tätigkeiten eingeschränkt ist und somit eine ungünstige Kombination von Beeinträchtigungen besteht, stellt sich die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit. Mit Blick auf die vom Bundesgericht selbst als streng bezeichnete Rechtsprechung (vgl. dazu M. Weiss, Verwertung der Restarbeitsfähigkeit aufgrund vorgerückten Alters - Rechtsprechungstendenzen, in: SZS 62/2018, S. 630 ff., mit Verweis auf Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2010, 8C_482/2010, E. 4.3) ist diese vorliegend zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung als gegeben zu beurteilen. Diesbezüglich fällt auch ins Gewicht, dass die Beschwerdeführerin seit der Beurteilung der Rehaklinik Bellikon davon ausgehen



St.Galler Gerichte

musste, dass sie aus medizinischer Sicht zumindest als teilarbeitsfähig betrachtet würde. Dies war ihr tatsächlich auch bewusst, beantragte sie doch bereits im ersten Beschwerdeverfahren (IV 2013/33) die Zusprache (mindestens) einer halben Rente (IV-act. 126-3). Im Jahr 2009, als ihr die Teilarbeitsfähigkeit und damit die Zumutbarkeit der (teilweisen) Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit bewusst sein musste, war sie erst 52 Jahre alt. Einer allfälligen Verschlechterung des Gesundheitszustandes hinsichtlich der Hand- und Fingerarthrose und einer allfälligen inzwischen eingetretenen Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit kann erst im Rahmen einer Neuanmeldung Rechnung getragen werden. Die Beschwerdeführerin hat folglich keinen Rentenanspruch.

5.

5.1. Nach dem Gesagten ist 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. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien.

5.3. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung 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 Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. 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. 2'800.-- (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 von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.

3.

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).